

## Ein Beitrag zur Lehre der Sterilität.

Von

**Ludwig Kleinwächter.**

Dem Studium der Sterilität stellen sich Schwierigkeiten gegenüber, wie keinem anderen Capitel der Gynäkologie. Diese sind keine einheitlichen, sondern recht verschiedenartige.

Die meisten Frauen, die ihrer Sterilität wegen den Arzt aufsuchen, sind keine Kranken oder fühlen sich nicht als solche, denn mancher die Sterilität bedingende Factor kann wohl eine pathologische Bedeutung besitzen, ohne dass sich aber die Frau selbst krank fühlt, oder krank ist. Aus diesen Gründen bekommen wir die sterile Frau gar häufig nur einmal zu Gesicht. Von einer klinischen Beobachtung der Sterilen ist daher keine Rede. Wir können noch sehr zufrieden sein, wenn wir die Frau im Verlaufe mehrerer Jahre ab und zu sehen, und deren Zustand wenigstens approximativ verfolgen können. An der Sterilität an sich stirbt keine Frau. Wir haben daher keine Gelegenheit, bei der sterilen, sonst aber gesunden Frau die im Leben betreffs der Sterilität gestellte Diagnose an der Leiche zu controliren. Ist dagegen die Sterilität durch ein eventuell zum Tode führendes Leiden bedingt, so ist die die Diagnose bestätigende Lustration betreffs der Sterilität so ziemlich werthlos, da es sich in erster Linie doeh nur um den pathologischen Process handelte und nicht um die Sterilität. Finden wir andererseits an der Leiche einer früher steril Gewesenen pathologische Veränderungen, die die früher bestandene Sterilität vielleicht erklären, so ist dieser Befund deshalb wieder von weniger Werth, weil wir ihn nicht unmittelbar an den früheren Verlauf des sexuellen Lebens anzuknüpfen vermögen, da uns letzterer unbekannt ist. Ausserdem

ist der an der Leiche vorliegende die Sterilität betreffende anatomische Befund durchaus nicht einfach auf die früher gesund gewesene sterile Frau zu übertragen, da das zum Tode geführte Leiden, eine Reihe von Jahren, die etwa inzwischen eingetretene Menopause, sowie andere ähnliche Umstände mehr, derartige anatomische Veränderungen nach sich zu ziehen vermögen, dass wir, vielleicht spärliche Ausnahmefälle abgerechnet, unmöglich den vorliegenden Befund der früheren Sterilitätsursache gleichstellen können. Die pathologische Anatomie für die Gynäkologie, sowie für jede andere Specialdisciplin eine so wichtige Hülfe und Stütze, lässt uns daher im Capitel der Sterilität so ziemlich im Stiche. Eine andere Schwierigkeit liegt endlich darin, dass wir einen die Sterilität gar häufig bedingenden Factor sehr oft nicht in Verwerthung zu ziehen vermögen, da er uns unerreichbar ist, nämlich den Genitalbefund des Gatten. Meiner Erfahrung nach drückt sich, um mich vulgär auszusprechen, der Gatte im Bewusstsein seiner Schuld und um nicht durch das Eingeständniss seiner Jugendsünden, sowie seiner sexuellen Schwäche vor seinem Weibe bloss gestellt zu werden, gar oft vorsichtig um die Ecke, das Odium der Sterilität auf der unschuldigen Gattin belassend.

All dies zusammengenommen erklärt es, dass sich so Wenige finden, die die Lehre der Sterilität, so wichtig sie auch ist, weiter zu erforschen trachten, ein Erklärungsgrund für die relativ geringen Fortschritte dieses Capitels der Gynäkologie gegenüber anderen.

Ich habe im Verlaufe der letzten 10—11 Jahre eine grössere Anzahl von Sterilen zu sehen bekommen und will, soweit es möglich ist, mit Hülfe dieses Materiales versuchen, die Lücken unseres Wissens auszufüllen oder mindestens halbwegs verwertbare Bausteine für spätere Forscher liefern. Allerdings aber muss ich im Vorherein ausdrücklich hervorheben, dass meine Beobachtungen, aus den oben angeführten Gründen, bezüglich sehr vieler Fälle nur lückenhafte sind und jene Gründlichkeit und Genauigkeit vermissen lassen, die man bei klinischen Beobachtungen verlangen kann und muss.

Mein Material umfasst 648 Fälle. Ich theile dasselbe in folgende Gruppen. Einzeln hebe ich in diesen Gruppen nur jene Fälle hervor, die eine besondere Erwähnung verdienen. Die anderen erwähne ich bloss summarisch.

## I. Gruppe.

## Defecter, rudimentärer und missgebildeter Uterus.

Zu dieser Gruppe zähle ich 15 Fälle.

Ein Fall von Defectus uteri, der wahrscheinlich auch von einem Defecte der Ovarien begleitet war, war folgender:

Eine 20jährige, seit 8 Tagen Verheirathete, die nie menstruiert und nie an Moliminibus gelitten hatte, sonst aber gesund war, bot nachstehenden Befund dar. Die Vagina fehlte gänzlich, statt ihrer war nur ein seichtes Grübchen da. Per rectum fand sich an der Stelle, an der sonst der Uterus liegt, ein kleines, kaum angedeutetes Rudiment eines festen Körpers. Die Gegenwart der Ovarien vermochte ich, trotz eingehendster Untersuchung, nicht nachzuweisen.

Nicht viel anders verhielt es sich in einem zweiten Falle bei einer 35jährigen Bäuerin, die gleichfalls nie menstruiert und nie an Moliminibus gelitten hatte. Das kräftig entwickelte, normal grosse Weib, das ziemlich grosse, gut entwickelte Mammae trug und dessen Mons veneris mässig behaart war, zeigte eine etwa 5 cm lange, nach oben blind endende Vagina. Per rectum fand sich, statt dem Uterus, ein flaches, schmales, etwa 2—2½ cm langes festes Körperchen. Zwischen letzterem und dem oberen Vaginalende fühlte man einen fibrösen Strang. Die Ovarien waren beiderseits nachweisbar. Das linke war etwas grösser als eine kleine Bohne, das rechte war noch kleiner. Das Verlangen der Frau, ihr auf operativem Wege eine normal lange Vagina herzustellen, lehnte ich, als unmöglich, ab.

In 4 Fällen vermochte ich die Gegenwart der Ovarien nicht sicherzustellen.

Der erste Fall betraf eine 22jährige Jüdin, die nach ½jähriger Ehe ihren Eltern wieder zurückgestellt wurde. Die kleine, ziemlich gut genährte und gut aussehende Person, die nie menstruiert und nie an Moliminibus gelitten, zeigte einen männlichen Thorax mit fehlenden Mammis und rudimentären Warzen. Der Mons veneris war vollkommen kahl. Die äusseren Genitalien waren in der Entwicklung zurückgeblieben, kleiner als in der Norm. Die Urethralmündung stand der Symphyse viel näher als gewöhnlich. Die Vagina war so enge, dass sie nur das kleinste Speculum aufnahm. Sie war normal lang und zeigte an ihrem oberen Ende einen Scheidentheil, der nicht grösser war, als ein kleines Knöpfchen. Der Muttermund war durch eine ganz kleine Oeffnung gebildet. Dem Corpus und Fundus entsprach ein nur wenig mehr als erbsengrosses Knöpfchen. Die Ovarien fand ich nicht. Dem Gatten war die Immissio penis unmöglich und hatte er die Frau deshalb zurückgeschickt.

Der zweite Fall war eine 31jährige, 9 Jahre verheirathete Frau,

die angeblich erst im 30. Jahre zu menstruiern begonnen, einige Monate hindurch regelmässig menstruiert hatte, worauf die Menstruation wieder verschwand. Sie war dick, der Mons veneris spärlich behaart. Die Brustwarzen waren auffallend klein, wie kleine Knöpfchen. Die ziemlich gut entwickelten Brüste waren ausgesprochene Fettbrüste. Die Uterushöhle maass nicht ganz 4 cm. Ovarien waren nicht nachzuweisen.

Im dritten Falle handelte es sich um eine 23jährige Frau, die augab, nie menstruiert zu haben, aber allmonatlich an Moliminibus zu leiden. Der Uterus war ein ausgesprochen fötaler, seine Höhle maass nicht ganz 3 cm. Die vordere Muttermundlippe war schürzenförmig verlängert. Auch hier fand ich die Ovarien nicht. Die Person war klein, schwach, zart, schlecht genährt, chlorotisch.

Die vierte Frau war 32jährig, 8 Jahre verheirathet und seit jeher amenorrhöisch. Hier waren nicht nur die Ovarien unauffindbar, sondern gleichzeitig war auch die Cervix imperforirt. Im Vaginalgewölbe steckte ein erbsengrosses, den Scheidentheil darstellendes undurchbohrtes Knöpfchen. Corpus und Fundus wurden durch ein haselnussgrosses Körperchen substituirt. Ganz unglaublicher Weise theilte mir die Person mit, ein Kliniker habe ihr die Vornahme einer Operation angerathen.

Einen ganz auffallenden Befund bot eine 28jährige Frau dar, die angeblich im 14.—15. Jahre zu menstruiern begonnen, bei der aber die Menstruation nur in 4—8wöchentlichen Intervallen wiederkehrte. Der Scheidentheil wurde durch ein kleines 1½—2 cm langes, dünnes Zäpfchen gebildet, das nach oben in ein kirschgrosses Körperchen übergieng. Die Harnröhre war ihrer ganzen Länge nach stark verengt. Nur mit Mühe liess sich ein Katheter Nr. 6 einführen. Die Vulva war auffallend eng und zeigte den infantileu Charakter. Das Gleiche galt von den Labien. Der Mons veneris war nur spärlich behaart. Die Mammae fehlten, die Warzen waren klein, knopfartig. Die Ovarien waren auffallend klein.

Die 5 weiteren Fälle rudimentärer Entwicklung des Uterus und der Ovarien bei vorhandener dauernder Amenorrhöe boten weiter nichts Hervorhebenswerthes dar.

In je einem Falle war ein Uterus unicornis mit und ohne rudimentärem Nebenhorn und ein Uterus duplex da.

Der erste dieser 3 Fälle, ein Uterus unicornis ohne nachweisbarem Nebenhorn war folgender. Eine 35jährige, seit 9 Jahren verheirathete Frau, die mit 16 Jahren zu menstruiern begonnen und allmonatlich ohne dysmenorrhöische Erscheinungen menstruierte, hatte eine Vagina, die sich nach oben zu stark verschmälerte. Der Uterus zog bogenförmig nach rechts hin. Er war schwächlich, dünn und dem entsprechend seine Vaginalportion klein und der Muttermund enger als in der Norm. Die zugehörigen Adnexen, Tuba und Ovarium, fühlte man deutlich. Linkerseits

fand sich kein rudimentäres Horn, ebenso wenig war das linke Ovarium auffindbar. Einige Jahre früher war von einem Arzte, offenbar in der Meinung, es liege eine Cervicalstenose vor, behufs Behebung der Sterilität eine Pressschwammbehandlung, wie begreiflich aber ohne Erfolg, vorgenommen worden.

Im zweiten Falle, der einen Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorne betraf, war die Trägerin desselben eine 30jährige Frau, die nur in 3—4monatlichen Zwischenräumen schwach menstruirte. Das rechte entwickelte, wenn auch unter dem Normalmaasse bleibende Uterushorn zeigte die charakteristische Lateroposition. Dicht neben ihm lag sein Ovarium. Links von der Cervix und mit ihr im Zusammenhange fand sich ein kleines walzenförmiges Körperchen. Das linke bedeutend kleinere Ovarium fand sich an seiner normalen Stelle.

Das meiste Interesse bot der dritte Fall dar. Er betraf eine 25jährige, seit 8 Jahren verheirathete Frau, die mit 13 Jahren zu menstruirem begonnen und allmonatlich aber unter dysmenorrhaischen Beschwerden menstruirte. Bei der inneren Untersuchung fand man, dass die Scheide in ihrem obersten Abschnitte etwas nach rechts hin zog. Im Scheidengewölbe steckte eine zierliche kleine Vaginalportion und als Fortsetzung derselben stiess man bei bimanueller Untersuchung auf einen nach links hin streichenden schmalen schlanken Uterus, in den die Sonde auf 6 cm weit eindrang. Deutlich fühlte man Tuba und Ovarium dieses Uterus. Etwa 1—1½ cm unterhalb des Vaginalgewölbes fand der Finger in der rechten Vaginalwand eine runde Oeffnung, durch die er eben nur eindringen konnte. Er gelangte in eine Höhle, die in ihrer oberen Wand eine Vaginalportion trug und nach abwärts zu in einen blind endenden etwa 2—2½ cm tiefen Recessus endete. Die bimanuelle Untersuchung ergab, dass sich diese Vaginalportion in einen nach links hin ziehenden Uterus fortsetzte, dessen Tuba und Ovarium nachweisbar waren. Den Gabelungswinkel zwischen beiden Uteris konnte man deutlich tasten. Ob die zwei Vaginalportionen, respective Cervices mit einander verwachsen waren oder einander nur innig anlagerten, liess sich nicht sicherstellen. Das Becken war ein plattes, ursprünglich aber klein angelegtes. Die Conj. vera maass 8 cm. Ausserdem fand sich eine Stenose der Aorta. Es lag demnach ein Uterus duplex mit zwei Vaginis vor, von denen die linke nur in ihrem obersten Abschnitte zur Entwicklung gelangt war.

## II. Gruppe.

### Missbildungen und Anomalien der Vagina.

Diese Gruppe enthielt 6 Fälle.

Einmal fehlten bei offenbar normal gebildetem Uterus und functionirenden Adnexen die zwei oberen Drittel der Vagina, wodurch es zur

Entstehung einer Hämatometra kam. Die Betreffende, eine seit jeher amenorrhöische 36jährige, seit 6 Jahren geschiedene Frau litt seit Jahren an regelmässig wiederkehrenden Moliminibus, die in letzter Zeit sehr heftig wurden. Sie milderte sich ihre heftigen Schmerzen durch eine selbst ersonnene Therapie, die darin bestand, dass sie sich bei Einsetzen der Schmerzen 15—20 Blutegel an die Genitalien und den Damm setzen liess. Die äusseren Genitalien waren normal, aber kleiner angelegt. Die auffallend kurze Vagina endete nach oben zu blind. Per rectum fand man einen mehr als faustgrossen, nach links hinüber gelagerten, glatten, runden, empfindlichen Tumor, den Sitz der periodischen Schmerzen. Zu einem operativen Eingriff wollte die Frau sich nicht entschliessen.

Drei Fälle betrafen angeborene partielle Verengerungen der Vagina.

Im ersten Falle, den ich bereits in extenso anderen Ortes<sup>1)</sup> besprochen habe, lag bei einer sonst wohlgebildeten und normal zeitig aber unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruirenden 24jährigen, seit 6 Jahren verheiratheten Frau im obersten Vaginalabschnitte ein straff gespanntes, mehrere Millimeter dickes, mit einer excentrischen nach links zu gestellten Oeffnung versehenes transversales Septum vor. Die Frau klagte über ein Gefühl des Brennens. Wahrscheinlich wurde dies durch den behinderten Abfluss des Menstrualblutes verursacht. Da die Frau Nachkommenschaft wünschte und es mir wahrscheinlich schien, dass diese Verbildung die Sterilität unterhalte, so durchtrennte ich das membranöse Gebilde mittelst zweier grossen Kreuzschnitte und legte einen Jodoformgaze-Tampon ein. Die Heilung erfolgte in wünschenswerthester Weise. Die 4 Lappen retentirten sich und schrumpften. Der Gatte, den ich nicht sah, soll gesund und kräftig gewesen sein. Trotzdem war die Frau, deren Genitalsystem ein gesundes und normales war, 2 Jahre post operationem noch nicht gravid.

In den zwei weiteren Fällen war eine angeborene hochgradige ringförmige umschriebene Stenose im Verlaufe des Vaginalrohres da.

Die eine Frau war 26jährig, seit 5 Jahren verheirathet und regelmässig, sowie schmerzlos menstruiert. Etwa 4—5 cm oberhalb ihrer Mündung verengerte sich die Vagina trichterförmig und ging diese Verengerung in eine ringförmige sehnige, harte Stenose über, die nur einen mittelstarken Katheter passiren liess. Oberhalb der Stenose weitete sich die Vagina wieder in normaler Weise aus. Uterus und Adnexen waren normal. Der Gatte war nach Angaben der Frau ein junger, gesunder, sexuell kräftiger Mann.

Die zweite Frau trug ihre Stenose im obersten Abschnitte des Vaginalrohres. Auch hier weitete sich das Rohr oberhalb der Stenose

---

<sup>1)</sup> Prager med. Wochenschr. 1890, Nr. 48.

wieder aus. Die dicke, seit 4 Monaten amenorrhöische Frau war 24 Jahre alt, seit 9 Monaten verheirathet und gab an, seit dem 14. Jahre zu menstruirem. Der Uterus und seine Adnexen waren normal.

Da ich es nicht für ganz unmöglich hielt, dass die Sterilität durch diese Missbildung begünstigt werde, schlug ich den beiden Frauen vor, die Stenose auf galvanischem Wege zu beheben, doch gingen sie darauf nicht ein.

Einmal lag der niederste Grad einer Verdoppelung der Vagina vor. Von der Mitte des oberen Randes der Vaginalmündung zog in sagittaler Richtung eine etwa bleistiftstarke fleischige Brücke zur hinteren Commissur. Die beiden Hymen waren eingerissen. Die rechte bei der Cohabitation verwendete Oeffnung war weiter als die linke, doch liess jede bequem den Finger passiren. Die inneren Genitalien waren normal. Ueber Drängen des mir unbekanntem, angeblich gesunden, sexuell kräftigen jungen Gatten bat die 19jährige, seit 1½ Jahren verheirathete unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruirende Frau um operative Entfernung dieser Missbildung. Dies geschah. Ein Jahr später war die Frau noch nicht gravid.

Ein Fall betraf eine grosse, artificiell zu Stande gekommene Recto-vaginal-Fistel. Eine 20jährige, seit 2 Jahren verehelichte, seit ihrem 13. Lebensjahre dysmenorrhöisch menstruirende Frau zeigte bei normalem Uterus und eben solchen Adnexen nachstehenden Befund. Das untere Drittel der hinteren Vaginalwand fehlte bis auf eine unten gelegene 2½—3 cm breite Brücke. Führte man den Finger in das Rectum, so gelangte man sofort in eine grosse Cloake und lag die fleischige Brücke dem Finger auf. Die Ruptur soll kurze Zeit nach Eheabschluss durch das Membrum virile zu Stande gekommen sein. Die Blutung war hierbei angeblich eine sehr heftige. Die Frau verlangte den operativen Verschluss der Fistel, da sie durch den Kothabgang per vaginam stark belästigt wurde. Dieser misslang leider dadurch, dass eine Naht einen stärker ausgedehnten Hämorrhoidalknoten, ohne dass es auffiel, verletzte, wodurch es nachträglich zu einer sehr bedeutenden, anfangs symptomlosen inneren Blutung in das Rectum kam. Die Blutung stand wohl schliesslich von selbst, doch mussten der heftigen Beschwerden wegen die massenhaften Blutcoagula aus dem Rectum entfernt werden. Durch diese Manipulationen wurde die bereits verklebte Operationswunde wieder aufgerissen. Infolge dieses unangenehmen Zwischenfalles ging die Frau vor der Hand ungeheilt heim.

## III. Gruppe.

## Verkleinerung des Uterus.

Soleher Fälle waren ihrer 116.

Der Uterus zeigte hierbei seine normale Form, hypoplastischer Uterus im engeren Sinne des Wortes, oder die infantile, bezw. fötale.

## 1. Hypoplastischer Uterus.

Der hypoplastische Uterus wurde in 71 Fällen beobachtet.

Hierher zähle ich den ausgesprochen hypoplastischen Uterus und alle Uebergangsformen bis zum normal grossen Uterus.

Der besseren Uebersicht wegen scheide ich diese 71 Fälle in drei Reihen.

Die erste Reihe umfasst die ausgesprochensten Fälle. Die zweite die Fälle mittleren Grades und die dritte die Uebergangsformen.

Fälle erster Reihe waren 14. Unter diesen waren 4, in denen die Uterushöhle nur 35—38 mm maass. Eine Frau war seit jeher amenorrhöisch. Eine Frau gab, was mir aber nach dem Genitalbefunde unglaubwürdig ist, an, es zeigten sich Spuren einer Menstruation, und 2 Frauen sagten, sie menstruirten ab und zu schwach in 4—6monatlichen Intervallen. Die übrigen behaupteten, zu menstruierten, wenn auch nur schwach und aussetzend. Bei allen waren die Ovarien bedeutend kleiner, bei 12 Frauen waren sie kaum haselnussgross. Bei 2 Frauen waren die Mammae kaum angedeutet, bei einer die Warzen rudimentär. 2 hatten einen nahezu kahlen Mons veneris, 2 fehlte die Libido. Bei 9 Frauen, bei denen sich die betreffenden Daten eruiren liessen, fiel die erste Menstruation im Mittel in das 16. Lebensjahr. Dysmenorrhöisch waren 9 Frauen.

Die zweite Reihe enthält 22 Fälle. In dieser betrug die grösste Länge der Uterushöhle 45 mm. Die Menstruation war in allen diesen Fällen spärlich, aussetzend und fiel ihr Beginn im Mittel, entnommen aus 18 Fällen, in das 15,3. Lebensjahr. 3 Frauen bezeichneten ihre Menstruation ausdrücklich als sehr schwach. Auffallend kleiner waren die Ovarien 5mal. Auffallend mangelhaft entwickelte Mammae kamen 1mal vor. Die Libido fehlte in 3 Fällen.



Eine Frau war hochgradig chlorotisch. Dysmenorrhöisch waren 9 Frauen.

Zur dritten Reihe zählen 36 Fälle. Bei diesen fiel, entnommen aus 29 Fällen, der Eintritt der Menstruation im Mittel auf das 15,8. Lebensjahr. Dysmenorrhöisch waren 18.

Bei 5 dieser 71 Frauen war der Uterus retroflectirt, dabei aber beweglich und reponibel, 7mal war er ebenso retrovertirt, 2mal ebenso lateroflectirt und 5mal ebenso laterovertirt. 13mal bestand ein leichter Cervicalkatarrh, 1mal eine Blennorrhoea virulenta vaginae mit spitzen Vegetationen und 1mal ein Granularkatarrh der Vagina. 1mal war der Muttermund mässig verengt. 1mal bestand eine Cystitis und 1mal ein Prolapsus urethrae. Eine Frau war nahezu eine Zwergin. Eine Frau litt an einem pleuritischen Exsudate und 8 boten eine Infiltration der Lungenspitzen dar. Eine Frau litt an einer Insufficienz der Mitralis und eine an einem chronischen Magenkatarrh. Eine zeigte einen Nystagmus. 3 Frauen waren auffallend dick.

Bei einer Frau, deren Uterushöhle 45 mm maass und deren Ovarien gleichzeitig hypoplastisch waren, kam es nach mehrjähriger steriler Ehe zur Entwicklung eines Uterusmyoms und darauf nachträglich zur Conception. Ich habe diesen Fall, der die Ansicht Hofmeier's<sup>1)</sup>, dass die Entstehung eines solchen Neugebildes den Eintritt der Conception begünstige, zu bekräftigen scheint, bereits in einem früheren Bande dieses Journal's<sup>2)</sup> ausführlich besprochen.

In 4 Fällen wurde, um die Hypoplasie des Uterus zu beheben und die Menstruation in regelmässigen Gang zu bringen, utero-abdominal elektrisirt. 2 Fälle entfielen auf die erste Reihe der Fälle und 2 auf die zweite. In den 2 Fällen der ersten Reihe wurde faradisirt und in den 2 der zweiten einmal faradisirt und einmal galvanisirt. In keinem dieser 4 Fälle aber wurde ein Erfolg erzielt. In einem dieser Fälle, der auf die zweite Reihe entfiel, wurde nachträglich noch von einem Kliniker behufs Behebung der Sterilität discidirt, begreiflicher Weise aber ohne Erfolg. Derselbe betraf eine 28jährige, 7 Jahre verheirathete Frau, die erst im 18. Lebensjahre zu menstruiren begonnen und stets schmerzlos menstruirt hatte. Die Uterushöhle hatte eine Länge von kaum 43 mm. Der junge, gesunde, sexuell kräftige Gatte hatte in erster Ehe Kinder gezeugt.

---

<sup>1)</sup> Zeitschr. für Geb. u. Gyn. 1894, Bd. 30 S. 1.

<sup>2)</sup> Zeitschr. für Geb. u. Gyn. 1895, Bd. 32 S. 205.

Die 3 anderen Fälle, in denen discidirt worden war, betrafen Uebergangsformen.

Der eine Fall betraf eine 30jährige Frau, die seit 10 Jahren verheirathet war. Wann die erste Menstruation eingetreten, war nicht zu eruiren. Als ich die Frau, etwa 1½ Jahre nach der Operation sah, bestand ein leichter Cervicalkatarrh. Der Gatte war sexuell schwach und litt ausserdem an Tuberculose.

Im zweiten Falle war die Frau 37 Jahre alt und 18 Jahre verheirathet. Wann die erste Menstruation eingetreten, wusste die Frau nicht. Hier waren Uterus und Ovarien hypoplastisch. Als ich die Frau zum ersten Male sah, waren bereits 6 Jahre seit der Operation verflossen. Der Gatte, der ihr zweiter war, hatte in erster Ehe 6 Kinder gezeugt.

Die dritte Frau war 28 Jahre alt, 9 Jahre verheirathet und seit ihrem 15. Lebensjahre menstruirte. Sie litt an Dysmenorrhöe. Als ich sie zu Gesicht bekam, waren seit der Operation 2 Jahre verflossen. Der Gatte war 29 Jahre alt, gesund und sexuell kräftig.

In einem Falle, der eine Frau aus der erwähnten ersten Reihe betraf, die 32 Jahre alt, 13 Jahre verheirathet war, nur selten und spärlich menstruirte und bei der die Ovarien kaum haselnussgross waren, war früher, wie ich vermuthe, behufs Behebung der Sterilität, eine Dilatation des Cervixcanales vorgenommen worden. Der Mann der Frau war jung, gesund und sexuell kräftig.

Bei einer 25jährigen, seit 2 Jahren verheiratheten Frau, die erst im 18. Lebensjahre zu menstruiren begonnen und deren schlaffer hypoplastischer Uterus retrofectirt war, wurde von anderer Seite die Discission behufs Behebung der Sterilität anempfohlen. Ich lehnte die Vornahme der Operation als zwecklos ab.

Der Gatte einer Frau aus der ersten Reihe, die vergeblich faradisirt worden war, zeigte eine rudimentäre Entwicklung, wenn nicht eine Atrophie des rechten Testikels. Gonorrhöe soll keine vorausgegangen sein.

Der Gatte einer Frau aus der dritten Reihe, einige 30 Jahre alt, der in erster Ehe 6 Kinder gezeugt hatte, trug rechterseits eine zwei faustgrosse und linkerseits eine etwas kleinere Hydrokele.

Der Gatte einer Frau aus der zweiten Reihe, deren Ovarien bedeutend kleiner waren, zeigte bei sehr kleinem Membrum auffallend kleine Testikel.

Ein Mann, der Gatte einer Frau aus der dritten Reihe, der eingestand, sexuell schwach zu sein, hatte noch kleinere Testikel und ein noch kleineres Membrum, als der oben erwähnte. Er gab an, sein Sperma sei dünnflüssig. Eine Untersuchung desselben wurde mir verweigert.

Eine Untersuchung des Sperma nahm ich 2mal vor.

Der erste Fall betraf den Gatten einer Frau der zweiten Reihe, die 32 Jahre alt, 15 Jahre verheirathet war und angeblich seit dem 15. Lebensjahre menstruirte. Uterus und Ovarien waren kleiner, als in der Norm. Die Libido fehlte. Das Sperma war normal. Einige Jahre später, als ich die Frau wieder sah, war sie dick geworden und litt an einer virulenten Blennorrhöe.

Im zweiten Falle handelte es sich um den 32jährigen Gatten einer Frau der dritten Reihe, die 30 Jahre alt, 15 Jahre verheirathet war und seit ihrem 15. Jahre unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruirte. Der Gatte gab an, sexuell schwach zu sein und mangelhafte Erectionen zu haben. Das Sperma war normal.

Ausser den bereits erwähnten Fällen bezeichneten 5 Frauen ihre Gatten als sexuell schwach. 11 Männer hatten in vorausgegangener erster Ehe Kinder gezeugt. 1 Mann, der die Ehe mit seiner Frau, die der dritten Reihe angehörte, gelöst und eine neue Ehe geschlossen, zeugte mit der zweiten Frau Kinder.

## 2. Fötaler und infantiler Uterus.

Dieser Uterus war 45mal zu sehen, allerdings aber zähle ich hierher ebenfalls nicht bloß die ausgesprochenen, sondern auch die Uebergangsformen bis zum normalen Uterus.

Charakteristisch ist hier der schwächliche, relativ lange Uterus mit seiner unverhältnissmässig langen Cervix und seinem auffallend kurzen Oberstück (dem Corpus und Fundus).

Auch hier scheidet sich, der besseren Uebersicht wegen, die Fälle in drei Reihen. In die erste Reihe weise ich diese Fälle, in denen der Uterus nicht einmal die infantile, sondern nur die fötale Form zeigt. Die zweite Reihe umfasst die Fälle des ausgesprochen infantilen Uterus und die dritte Reihe die Uebergangsformen zum normalen Uterus.

Fötale Uteri kamen 6 vor. Der Uterus besitzt nicht nur die fötale Form, scheinbar nur aus einer unverhältnissmässig langen Cervix und einem ganz kurzen Oberstücke bestehend, sondern ist gleichzeitig auch auffallend klein.

An der Spitze dieser Reihe steht ein Fall, in dem die Uterushöhle nur 20 mm maass und von dem noch später Erwähnung gemacht werden soll. Die Vagina war kürzer als in der Norm. Die Ovarien waren nicht ganz haselnussgross. Die äusseren Genitalien zeigten die kindliche Form. Die

Brüste waren mangelhaft entwickelt. Die hintere Muttermundslippe war schürzenförmig verlängert. Die Frau war 24 Jahre alt, 2 Jahre verheirathet. Sie behauptete, was mir aber nicht glaubwürdig erschien, so ziemlich allmonatlich unter dysmenorrhöischen Beschwerden seit dem 15. Lebensjahre zu menstruiren. In einem zweiten Falle, der eine 27jährige, seit 11 Jahren verheirathete Frau betraf, war der Uterus nicht viel grösser. Der Obertheil des Uterus war kaum haselnussgross. Ebenso klein waren die Ovarien. Der Mons veneris war mangelhaft behaart. Die Frau hatte in ihrem Leben nur 2mal menstruiert. Der zweite Ton der Aorta war dumpf. In einem dritten Falle, der eine 27jährige, seit 9 Jahren verheirathete Frau betraf, soll die Menstruation erst seit dem 25. Lebensjahre in Gang gekommen sein. Bei einer 28jährigen, seit 16 Jahren verheiratheten Frau, die erst vom 17. Lebensjahre an angeblich zu menstruiren begonnen, hatte der Obertheil des Uterus (Fundus und Corpus) nur die Grösse einer Kirsche, die Ovarien waren nur mandelgross, die Libido fehlte. Die Frau gab an, die Menstruation zeige sich nur in 2—4monatlichen Intervallen und sei sehr schwach. In einem fünften Falle, der eine 24jährige, seit 9 Jahren verheirathete Frau betraf, wurde behauptet, dass sich die Menstruation allmonatlich einstelle. Die sechste Frau war 45 Jahre alt, 30 Jahre verheirathet und seit 6 Jahren in der Menopause. Der Uterus war ein ausgesprochen fötaler, nicht etwa ein in Folge von Atrophie kleiner. Die Frau gab an, dass sie nur sehr selten und spärlich menstruiert habe und dass der Beginn der Menstruation in ein spätes Alter gefallen sei. Zwei Frauen waren dysmenorrhöisch.

Die zweite Reihe umfasst ausgesprochen infantile Uteri. Auf sie entfallen 13 Fälle.

In einem Falle waren die Ovarien kaum bohnergross, der Mons veneris war kahl, die Warzen waren nur rudimentär. Die erste Menstruation war auf das 17. Lebensjahr gefallen. In einem zweiten Falle, in dem die Ovarien auffallend kleiner waren, maass die Uterushöhle nur 4 cm und fehlte die Libido. Diese Frau begann erst im 18. Lebensjahre zu menstruiren. Der Eintritt der ersten Menstruation fiel auf das 14.—19. Lebensjahr, und im Mittel, entnommen aus 9 Fällen, auf das 17. Jahr. Dysmenorrhöisch waren 4 Frauen.

Auf die Reihe der Uebergangsformen entfallen 26 Fälle. Bei diesen fiel der Eintritt der ersten Menstruation im Mittel, entnommen aus 18 Fällen, auf das 15,5. Jahr. Dysmenorrhöisch waren 11.

Unter diesen 44 Fällen war der Uterus retrovertirt, dabei aber beweglich und reponibel 5mal, ebenso retroflectirt und gleich-

zeitig lateroponirt 1mal, ebenso laterovertirt 2mal und anteflectirt 1mal. Eine conische Verlängerung der Vaginalportion fand sich 5mal und eine Verengerung des äusseren Muttermundes 6mal. 1mal war die Vagina in ihrem obersten Abschnitte anulär verengt, 2mal war die vordere Muttermundslippe schürzenförmig verlängert. 6mal fand sich ein leichter Cervicalkatarrh und 1mal ein Granularkatarrh der Vagina. 6 Frauen litten an Vitium cordis, 3 an einer Lungenspitzeninfiltration und eine an hystero-epileptoiden Zuständen. Auffallend dick waren 2 Frauen.

Bei einer Frau mit ausgesprochen infantilem Uterus kam es späterhin zur Bildung eines Uterusmyoms, das weiterhin so rasch an Grösse zunahm, dass die supravaginale Amputation des Uterus vorgenommen werden musste. Ich habe diesen Fall in extenso bereits in einem früheren Bande dieses Journal<sup>1)</sup> mitgetheilt.

Dass in einem Falle die Klimax vorzeitig eingetreten war, wurde bereits oben erwähnt. In einem anderen Falle verspätete sich trotz dem infantilen Uterus der Eintritt der Klimax ganz auffallender Weise. Derselbe betraf eine 46jährige, seit 29 Jahren verheirathete Frau, die ich den 3. Juni 1888 zum ersten Male sah. In welchem Lebensjahre sie zu menstruiern begonnen, wusste sie sich nicht mehr zu entsinnen. Sie gab an, allmonatlich zu menstruiern. Ihr Uterus gehörte in die Reihe der Uebergangsformen. Als ich sie den 30. Juni 1890 wieder sah, war die Menstruation noch regelmässig im Gange. Den 26. Juni 1893 theilte sie mir mit, die Menstruation sei seit einem halben Jahre ausgeblieben. Die Frau menstruirte daher trotz ihrem allerdings nicht hochgradig infantilen Uterus bis in das 50. Lebensjahr hinein.

Zwei Frauen wurden trotz ihrem ausgesprochen infantilen Uterus nach mehrjähriger steriler Ehe gravid.

Die erste dieser beiden Frauen, die ich am 10. März 1886 das erste Mal zu Gesicht bekam, war damals 20 Jahre alt und seit 2 Jahren verheirathet. Sie gab an, mit 14 Jahren zu menstruiern begonnen zu haben. Der äussere Befund entsprach dem Bilde, das man bei hypoplastischem oder infantilem Uterus nicht so selten antrifft. Die schlecht entwickelte Frau hatte nahezu keine Mammae. Der Mons veneris war wenig behaart. Corpus und Fundus waren klein, die Cervix relativ verlängert, die Vaginalportion auffallend kurz, die Ovarien kleiner als in der Norm. Entsprechend diesem Befund waren die Angaben der wohl allmonatlichen aber sehr schwachen und nur 1—2 Tage anhaltenden Menstruation. Gleichzeitig bestand ein leichter Cervicalkatarrh. Den 19. December 1894

---

<sup>1)</sup> Zeitschr. für Geb. u. Gyn. 1895, Bd. 32 S. 205.

stellte sich mir die Frau als Mutter zweier Kinder vor, die 5 und 4 Jahre alt waren. Der innere Genitalbefund war ein normaler. Uterus und Ovarien hatten ihre normale Grösse. Die Menstruation war normal.

Der zweite Fall betraf eine 35jährige, seit 15 Jahren verheirathete Frau, die erst im 17. Lebensjahre zu menstruiren begonnen und allmonatlich schmerzlos aber schwach menstruirte. Als ich sie den 26. Mai 1891 zum ersten Male sah, maass die Cavumlänge des ausgesprochen infantilen Uterus, dessen Corpus und Fundus sehr klein waren, während die Cervix auffallend lang war, nicht ganz 5 cm. Die Vaginalportion zeigte einen Anklang an eine konische Verlängerung. Der äussere Muttermund war etwas enger. 13 Monate nach dem Besuche bei mir gebar die Frau eine lebende ausgetragene Frucht. Die Frau lebte in erster steriler Ehe 10 Jahre und gebar im 5. Jahre der zweiten mit einem Gatten, der in erster Ehe Kinder gezeugt hatte.

Bei einer 22jährigen Frau, die 1½ Jahre verheirathet war und erst im 17. Jahre zu menstruiren begonnen hatte und nur in 6—8monatlichen Intervallen aber schmerzlos menstruirte und einen ausgesprochen infantilen Uterus trug, wurde längere Zeit hindurch utero-abdominal faradisirt. Diese Behandlung hatte wenigstens den Erfolg, dass von da an die Länge der Intervalle zwischen den Menstruationen auf 2—4 Monate herabsank.

Bei einer 21jährigen, 3 Jahre verheiratheten Frau, die seit ihrem 15. Jahre unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruiert hatte und deren Uterus in die Reihe der Uebergangsformen gehörte, wurde, um die Dysmenorrhöe und eventuell auch die Sterilität zu heben, eine keilförmige Resection beider Muttermundlippen nach vorausgegangener beiderseitiger Spaltung der Vaginalportion vorgenommen. Es bestand bei gleichzeitiger bedeutender Stenose des äusseren Muttermundes eine konische Verlängerung der Vaginalportion. Ob die Frau nachträglich gravid oder mindestens von ihrer Dysmenorrhöe befreit wurde, blieb mir unbekannt.

Ein Fall, in dem früher von einem Russischen Kliniker die Discussion vorgenommen worden war, verdient eine specielle Hervorhebung. Die Frau war 28 Jahre alt, 10 Jahre verheirathet. Die erste Menstruation hatte sich angeblich im 17. Lebensjahre eingestellt. Die Frau menstruirte sehr schwach und nur in mehrmonatlichen Zwischenräumen. Der Uterus zeigte nicht etwa die infantile, sondern die ausgesprochenste fötale Form und Grösse. Fundus und Corpus erreichten kaum die Grösse einer kleinen Kirsche. Die Cervix war relativ unverhältnissmässig lang. Damit übereinstimmend waren die Ovarien nicht grösser als Mandeln. Die Brüste fehlten gänzlich. Der Körperhabitus war männlich. Lihido war nie da gewesen. Der 36jährige Gatte, der in erster Ehe ein Kind gezeugt, hatte

nach Ablauf der ersten und vor Eintritt der zweiten Ehe eine Gonorrhöe mit beiderseitiger Epididymitis durchgemacht. Ich fand in der Spermaflüssigkeit nicht eine Spermazelle, sondern blos Pflasterepithelien, spärlich rothe Blutkörperchen und Detritus. Dass die vor einigen Jahren vorgenommene Discission von keinem Erfolge betreffs Eintrittes einer Conception sein konnte, ist unter den gegebenen Verhältnissen wohl leicht begreiflich.

Ausser diesem Falle wurde das Sperma noch bei 4 anderen Gatten mikroskopisch untersucht.

Der Gatte jener Frau, deren fötaler Uterus eine Cavumlänge von nur 20 mm hatte, zeigte normale äussere Genitalien, leugnete je eine Gonorrhöe überstanden zu haben, gestand aber ein, Masturbator gewesen zu sein und keine Erectionen zu haben. Er war 27 Jahre alt. Die Spermaflüssigkeit enthielt nicht eine Spermazelle, sondern nur Epithelien und Zelltrümmer.

Ein 37jähriger Mann, der vor 13 Jahren eine Gonorrhöe mit beiderseitiger Epididymitis durchgemacht, hatte ein Sperma, das nicht eine Spermazelle enthielt und nur aus Schleim mit Epithelien bestand. Die Frau war 35 Jahre alt, 14 Jahre verheirathet und seit ihrem 16. Lebensjahre unter dysmenorrhöischen Beschwerden schwach menstruiert. Ihr Uterus gehörte zu den Uebergangsformen. Es fand sich eine konisch verlängerte Vaginalportion mit schürzenförmiger Verlängerung der vorderen Muttermundlippe. Sie gab an, der Mann sei sexuell schwach.

Ein 31jähriger Mann, der nie eine Gonorrhöe durchgemacht, aber keine gehörigen Erectionen hatte, hatte ein Sperma, das viele normale Spermazellen enthielt, von denen sich aber nicht eine bewegte. Die Frau war 25 Jahre alt, 8 Jahre verheirathet und menstruierte seit ihrem 17. Lebensjahre unter dysmenorrhöischen Beschwerden. Der Uterus zeigte einen Anklang an die infantile Form, war retrovertirt und etwas nach links verzogen, aber beweglich und reponibel. Gleichzeitig bestand eine konische Verlängerung der Vaginalportion. Das Vaginalsecret war neutral.

Ein 45jähriger Mann, der in erster Ehe 18 Kinder gezeugt hatte, besass ein vollkommen normales Sperma. Die Frau war 31 Jahre alt, 11 Jahre verheirathet und seit ihrem 18. Jahre menstruiert. Sie litt nicht an Dysmenorrhöe. Mit dem ersten Gatten lebte sie 3 Monate, dann lebte sie 6 Jahre allein und mit ihrem zweiten Gatten seit 5 Jahren. Die Menstruation war rechtzeitig, allmonatlich, aber schwach, nur 1—2 Tage anhaltend. Der zu den Uebergangsformen gehörende Uterus war retrovertirt, der Muttermund auf Stecknadelkopfgrosse verengt. Sie theilte mit, der erste Gatte habe in zweiter Ehe Kinder gezeugt, und der zweite Gatte sei sexuell schwach, er habe keine gehörigen Erectionen.

Ausser den erwähnten Fällen gab noch eine Frau an, ihr Gatte

sei sexuell schwach. Die Frau gehörte in die oben erwähnte zweite Reihe. Abgesehen von den bereits mitgetheilten Fällen hatten zwei Ehegatten in früherer erster Ehe Kinder gezeugt. Die zwei Frauen zählten zur dritten Reihe.

#### Anhang.

Anhangweise füge ich dieser Gruppe noch einen Fall bei, weil er sich ihr noch am ehesten anreihen lässt.

Der Fall betrifft eine Hypoplasie der Ovarien ohne gleichzeitige solche des Uterus. Die Frau war 22 Jahre alt, 2 Jahre verheirathet und hatte nie menstruiert. Ebenso wenig hatten sich je Molimina bemerkbar gemacht. Die Libido mangelte seit jeher gänzlich. Die Frau zeigte den vollständigen weiblichen Habitus. Der nach hinten und gleichzeitig etwas nach rechts flectirte, aber leicht reponirbare Uterus hatte eine Cavumlänge von 6 cm. Die Ovarien waren mindestens um die Hälfte kleiner als normale. Es fand sich eine Infiltration der Lungenspitzen. Die Frau hatte vor einigen Jahren Blut gespiesen. 1½ Jahre nach ihrem ersten Besuche sah ich die Frau wieder. Das Befinden war unverändert, Menstruation hatte sich inzwischen keine gezeigt.

#### IV. Gruppe.

##### Konisch verlängerte Vaginalportion.

Ungerechnet der bereits erwähnten und noch zu erwähnenden Fälle, in denen diese Verbildung der Vaginalportion bloß eine Nebencomplication darstellte, kam die konisch verlängerte Vaginalportion 47mal vor.

Von diesen Fällen waren uncomplicirte 13. 13mal war diese Missbildung mit einer Stenose des äusseren Muttermundes und 1mal mit einer schürzenförmigen Verlängerung der hinteren Muttermundlippe complicirt. 12mal war der Uterus gleichzeitig retroflectirt oder retrovertirt, aber mobil und reponibel, und 2mal ebenso lateroflectirt. 5mal zeigte der reponible retroflectirte oder retrovertirte Uterus nebenbei noch eine Stenose des äusseren Muttermundes. 4mal endlich war neben der genannten Verbildung der Vaginalportion noch eine reponible Lateroflexion und ein engerer äusserer Muttermund da.

Von den 47 Frauen zeigten 3 einen leichten Cervicalkatarrh. Eine hatte ein Vitium cordis und eine war auffallend dick. 34 Frauen waren dysmenorrhöisch.



5 Frauen wurden behufs Behebung der Sterilität operirt und zwar theils früher, bevor ich sie noch zu Gesicht bekommen, theils von mir.

Bei einer 23jährigen, seit ihrem 15. Jahre unter Schmerzen menstruirenden Frau, die nebenbei einen retrovertirten, leicht aufstellbaren Uterus trug, hatte ein Arzt vor 3 Jahren, behufs Behebung der Sterilität, den Hymen discidirt. Letzterer zeigte wohl die Schnitte, war aber sonst noch erhalten. Die Vagina war eng, wie bei einer Virgo. Das Sperma des 26jährigen, sonst gesunden Mannes ergab folgenden Befund. Zahlreiche Epithelien, einzelne weisse Blutkörperchen, keine Krystalle, dagegen kleine stäbchenförmige, unbewegliche Körperchen, nicht eine normale Spermazelle. Der Mann gab an, gut zu ejaculiren und nie inficirt gewesen zu sein. Membrum und Testikel waren kleiner als gewöhnlich. Eine angerathene und durchgeführte hydropathische Behandlung war erfolglos, denn 14 Monate nach der ersten Spermauntersuchung ergab eine zweite einen unveränderten Befund.

Bei den anderen 4 Frauen war entweder eine Discission oder eine keilförmige Resection der Muttermundslippen nach vorausgegangener Spaltung der Vaginalportion gemacht worden.

Eine 32jährige, seit 14 Jahren verheirathete und seit ihrem 14. Jahre unter Schmerzen menstruirende Frau mit einer ausgesprochen konisch verlängerten Vaginalportion war einige Jahre früher von einem bekannten Gynäkologen discidirt worden. Der Erfolg aber war, sowohl bezüglich Behebung der Sterilität, als der Dysmenorrhöe gleich Null. Die Discissionswunde war wieder verwachsen und der Muttermund so eng, dass er die dünnste Uterussonde nicht passiren liess. Den Gatten sah ich nicht.

Eine 25jährige, seit 3 Jahren verheirathete und seit ihrem 13. Jahre schmerzlos menstruirende Frau trug eine lange, rüsselförmige Vaginalportion mit einer punktförmigen, nicht einmal für eine ganz dünne Sonde passirbaren Muttermundsöffnung bei normal gelagertem Uterus. Der 27jährige Gatte trug eine rechtsseitige Leistenhernie, hatte normale Genitalien, war gesund und gab an, sexuell kräftig zu sein. Die Spermauntersuchung wurde mir verweigert. Nach beiderseitiger Spaltung der Vaginalportion nahm ich eine keilförmige Resection beider Muttermundslippen vor. Die Frau erhielt einen normal weiten Muttermund. Ein Jahr darauf war sie noch nicht gravid. Späterhin sah ich sie nicht mehr.

Die gleiche Operation führte ich bei einer dysmenorrhöischen 28jährigen, 7 Jahre verheiratheten Frau, die seit ihrem 16. Lebensjahre menstruirte, vor. Die konisch verlängerte Vaginalportion des normal

gelagerten Uterus hatte eine nur kleine stecknadelkopfgrosse Muttermundsöffnung. Der junge gesunde Ehegatte war angeblich sexuell kräftig. Ob die Frau weiterhin gravid wurde, weiss ich nicht, da ich sie nicht mehr sah.

In einem Falle, in dem ich operirte, hatte der Eingriff den gewünschten Erfolg. Die dysmenorrhöische, seit ihrem 16. Jahre menstruirende 27jährige, seit 6 Jahren verheirathete Frau hatte einen reponibel retroflectirten Uterus, dessen Corpus und Fundus etwas massiger und derber war. Die rüsselförmig verlängerte Vaginalportion hatte einen verengten Muttermund. Ich spaltete die Vaginalportion nach vier Seiten hin und trug die Spitzen der Lappen ab. Der junge gesunde Gatte war angeblich sexuell kräftig. Wenige Monate post operationem wurde die Frau gravid, gebar aber vorzeitig im 8. Monate. 1 Jahr darauf zeigte die Frau Zeichen beginnender Lungentuberculose. Ob sie weiterhin nochmals gravid wurde, ist mir unbekannt.

Ausser dem erwähnten Falle wurde noch in 3 anderen das Sperma untersucht.

Im ersten dieser 3 Fälle fand ich nichts Anderes, als einen klaren Schleim, der spärliche weisse und rothe Blutkörperchen enthielt. Der 30jährige Mann hatte vor 6 Jahren eine beiderseitige Orchitis durchgemacht, in deren Verlaufe es rechterseits zum eitrigen Durchbruch kam. Ob eine Gonorrhöe vorausgegangen, war nicht zu eruiren. Das Scrotum trug einige mit dem rechten Testikel verwachsene Narben. Der rechte Testikel war vergrössert und hart, der linke normal. Zeichen einer Lues oder Tuberculose fehlten. Die Frau war 28 Jahre alt, 8 Jahre verheirathet und menstruirte mit Schmerzen seit ihrem 13. Jahre. Die rüsselförmige Vaginalportion hatte einen kleinstecknadelkopfgrossen Muttermund. Der Fundus uteri war etwas nach rechts verzogen. Nach dem Ergebnisse der Spermauntersuchung erklärte ich der Frau die Discission des Muttermundes quoad conceptionem als überflüssig und höchstens als angezeigt, um die Dysmenorrhöe zu beheben. Auf dies hin verzichtete die Frau auf jeden operativen Eingriff.

Im zweiten Falle fand ich im Sperma des 27jährigen, zarten, schwächlichen, sonst aber gesunden Mannes nicht eine Spermazelle, sondern nur Epithelien. Die äusseren Genitalien erschienen normal. Eine Gonorrhöe soll nicht vorausgegangen sein. Die Frau war 26 Jahre alt, 6 Jahre verheirathet und menstruirte seit ihrem 14. Jahre mit Schmerzen. Ich fand eine rüsselförmige Vaginalportion ohne weitere Complicationen von Seite des Genitalsystemes. Die Frau war tuberculös.

Im letzten Falle endlich handelte es sich um folgendes Ehepaar. Die Frau war 30 Jahre alt, 12 Jahre verheirathet und menstruirte ohne Schmerzen seit ihrem 15. Lebensjahre. Die rüsselförmige Vaginalportion

hatte einen etwas engeren Muttermund. Die Cavumlänge des normal gelagerten Uterus betrug 7,5 cm. 3 Jahre vor der Untersuchung der Frau hatte ich das Sperma des Gatten besichtigt. Es war dünnflüssig und enthielt bloß wenige Spermazellen. Vereinzelte derselben bewegten sich langsam. 7 Jahre nach der ersten Untersuchung nahm ich die zweite vor. Die Menge der Spermazellen war etwas geringer als in der Norm, doch bewegten sich dieselben kräftig. Die Spermaflüssigkeit war etwas wässriger. Der Mann, um 2—3 Jahre älter als die Frau, hatte keine Gonorrhöe hinter sich. Nach der ersten Spermauntersuchung hatte er über meinen Rath eine Marien- und Franzensbader Trinkcur durchgemacht. Die Frau war, trotzdem sich der Spermabefund gebessert hatte, doch nicht gravid geworden.

In einem Falle hatte der Gatte vor der Ehe an einer Gonorrhöe gelitten. In einem anderen waren, ohne dass irgend eine Sexualaffection vorausgegangen wäre, die Testikel kleiner als in der Norm. Das Sperma dieser zwei Männer konnte ich nicht besichtigen. Eine Frau theilte mir mit, ihr Gatte sei schon früher wegen seiner Sterilität vergeblich behandelt worden. Diesen Mann sah ich nicht. Acht weitere Frauen endlich gaben an, ihre Gatten seien sexuell schwach.

## V. Gruppe.

### Stenose des äusseren Muttermundes.

Ungerechnet der bereits erwähnten und noch zu erwähnenden Fälle, in denen sie nur eine Nebencomplication bildete, kam die Stenose des äusseren Muttermundes 36mal vor.

20 Fälle waren uncomplicirte. In 2 Fällen war gleichzeitig die vordere Muttermundlippe schürzenförmig verlängert. In 4 Fällen war der Uterus reponibel oder flectirt oder retrovertirt, in 7 war er ebenso lateroflectirt oder laterovertirt und in 3 endlich war neben einer reponiblen Retroflexion oder Retroversion gleichzeitig eine leichte Lateroflexion da.

Von den 36 Frauen klagten 25 über Dysmenorrhöe.

Eine zeigte im obersten Vaginalabschnitte eine angeborene, ziemlich bedeutende annuläre Verengerung. Eine 41jährige Frau mit einer hochgradigen Stenose trug, angeblich seit einem Jahre, in der rechten Mamma einen kirschgrossen beweglichen, harten, scharfrandigen unschmerzhaften Tumor. Sie gab gleichzeitig an, es sei bei ihr vor einigen Jahren ein Schleimpolyp entfernt worden. Der Muttermund hatte die Grösse eines kleinen Stecknadelkopfes. Zwei Frauen hatten einen leichten Cervical-

katarrh, eine einen Granularkatarrh der Vagina. Zwei Frauen litten an Herzfehlern, eine an hysterio-epileptischen Anfällen und eine an Morbus Brightii. Eine Frau gab an, dass sie früher an einer Cystitis und Urethritis gelitten und dass bei ihr die Urethra ausgekratzt worden sei. Der Harn war rein.

Eine 32jährige, seit 14 Jahren verheirathete Frau, die seit jeher dysmenorrhöisch war, war ihrer Sterilität und Dysmenorrhöe wegen ein Jahr früher, bevor ich sie sah, einer Pressschwammbehandlung unterzogen worden, doch wurde sie nachträglich weder gravid, noch verlor sie ihre Dysmenorrhöe. Bei einer 26jährigen, seit 5 Jahren verheiratheten dysmenorrhöischen Frau, die sich ebenfalls erfolglos einer Pressschwammbehandlung unterzogen hatte, schwand die Dysmenorrhöe dauernd nach dargereichten grösseren Ergotindosen.

In 4 Fällen wurde behufs Behebung der Sterilität blutig eingegriffen.

Bei einer 38jährigen, seit 22 Jahren verheiratheten und stets unter Schmerzen menstruirenden Frau, die einen angeblich sexuell kräftigen Gatten hatte, der in erster Ehe 2 Kinder gezeugt, wurde nach beiderseitiger Spaltung der Vaginalportion wegen hochgradiger Stenose eine Keilexcision beider Muttermundslippen vorgenommen. Ob die Person späterhin gravid wurde, weiss ich nicht, so viel ist mir nur bekannt, dass sie von ihrer Dysmenorrhöe dauernd befreit war.

Bei einer 27jährigen, seit 3 Jahren verheiratheten, seit ihrem 15. Jahre stets normal, rechtzeitig und schmerzlos menstruirenden Frau mit einem stecknadelkopfgrossen Muttermunde, deren Gatte jung, gesund und angeblich sexuell kräftig war, spaltete ich die Vaginalportion an 4 Seiten und kappte die Lappenspitzen ab. Der Muttermund wurde hinreichend weit. Ob die Frau später gravid wurde, weiss ich nicht.

Bei einer 27jährigen, 7 Jahre verheiratheten, seit ihrem 13. Jahre unter Schmerzen menstruirenden Frau, deren Gatte angeblich gesund und sexuell kräftig war, discidirte ich beiderseitig und legte, um einer eventuellen Nachblutung vorzubeugen, in der Tiefe des Wundwinkels eine Umstechungsnaht an. Der Operationseffect betreffs der Weite des Muttermundes und der Dysmenorrhöe war ein günstiger. Ob die Frau gravid wurde, blieb mir gleichfalls unbekannt.

In gleicher Weise operirte ich eine 27jährige, seit 3 Jahren verheirathete und seit ihrem 15. Jahre schmerzlos menstruirende Frau, die angeblich gleichfalls einen jungen, gesunden, sexuell kräftigen Gatten besass. Der neugebildete Muttermund war hinreichend weit. Ob die Frau concipirte, weiss ich nicht.

Zweimal untersuchte ich das Sperma der Gatten.

Der erste Fall betraf einen 40jährigen Mann, der angeblich nie eine Sexualaffection durchgemacht und auch keine Zeichen einer solchen an sich trug. In erster Ehe war er 14 Jahre kinderlos verheirathet gewesen und in zweiter lebte er ebenso seit 9 Monaten. Die Spermaflüssigkeit enthielt nicht eine Spermazelle, sondern nur Epithelien. Die erste Frau bekam in zweiter Ehe Kinder. Die zweite Frau war 25 Jahre alt, dysmenorrhöisch und hatte einen hochgradig verengten Muttermund.

Der zweite Mann war 30 Jahre alt. Sein Sperma war dünnflüssiger und enthielt nur wenige, langsam sich bewegende Spermazellen. Die meisten hatten unterhalb des Kopfes eine halskrausenförmige Anschwellung. Ausserdem sah man zahlreiche Bruchstücke von Spermazellen. Der Mann war in erster Ehe und 8 Jahre verheirathet. Die 29jährige, seit ihrem 14. Jahre schmerzlos aber unregelmässig menstruirende Frau zeigte ausser einer mässigen Stenose des äusseren Muttermundes nichts Abnormes. Dem Manne wurde eine Kaltwasserbehandlung anempfohlen. Ob er sich dieser unterzog und wie es sich weiterhin mit ihm, sowie mit seiner Frau verhielt, weiss ich nicht, da ich die Leute weiterhin nicht mehr sah.

Zwei Männer hatten, bevor sie noch in die Ehe traten, eine Gonorrhöe hinter sich. Der eine zeigte einen theilweisen Defect der Glans. Letztere war theilweise abgekappt und trug eine breite Narbe. Dieser Defect rührte von der ungeschickt ausgeführten rituellen Circumcision her. Der zweite hatte eine Stricture.

Ein Mann hatte angeblich vor Jahren an einem Fluor der Urethra gelitten. Ob dies eine Gonorrhöe gewesen, liess sich nachträglich weder aus dem Befunde der Testikel, noch aus dem der Urethra entnehmen.

Bei einer 23jährigen, 3 Jahre verheiratheten, seit dem 14. Jahre stets unter Schmerzen menstruirenden Frau, bei der gleichzeitig der Uterus etwas nach links lateroflectirt war, bestand sowohl eine Stenose des äusseren als des inneren Muttermundes.

9 Männer hatten in erster Ehe Kinder gezeugt, in einer zweiten einer. 5 Männer wurden von ihren Frauen als sexuell schwach bezeichnet.

## VI. Gruppe.

### Schürzenförmige Verlängerung der vorderen Muttermundslippe.

Ungerechnet der bereits erwähnten und noch zu erwähnenden Fälle, in denen sie nur eine Nebencomplication darstellte, kam die schürzenförmige Verlängerung der vorderen Muttermundslippe 5mal vor.

3 Fälle waren unecomplieirt, in einem Falle war der Uterus retroflectirt und in einem retrovertirt.

2 Weiber waren auffallend dick und 4 dysmenorrhöisch.

Bei einer 35jährigen Frau mit normal gelagertem Uterus, die von ihrem 15. Jahre an stets unter Schmerzen menstruiert hatte und die 16 Jahre verheirathet war, hatte ein bekannter Gynäkologe einige Jahre früher den Muttermund discidirt. Seitdem war die Dysmenorrhöe behoben, gravid aber war die Frau nicht geworden. Schuld daran trug vielleicht der Gatte, der, um 12 Jahre älter, vorzeitig marastisch war und von der Frau als sexuell schwach bezeichnet wurde. In erster Ehe hatte er Kinder gezeugt.

In einem anderen Falle, der eine 26jährige, 2 $\frac{1}{2}$  Jahre verheirathete, seit ihrem 13. Jahre unter Schmerzen menstruirende Frau mit normal gelagertem Uterus betraf, war der Gatte sicher Schuld an der sterilen Ehe. Das Sperma des 26jährigen, von der Gattin als sexuell schwach bezeichneten Mannes war auffallend braun verfärbt. Es enthielt ungemein viele Blutkörperchen, namentlich rothe, daneben Epithelien und nur spärliche Spermazellen mit abgebrochenen Schweifen. Ob er eine Gonorrhöe durchgemacht, war anamnestic und aus dem Genitalbefunde nicht zu eruiren.

Ausser diesen 2 Frauen bezeichnete noch eine dritte ihren Gatten als sexuell schwach.

## VII. Gruppe.

### Verlagerungen des Uterus.

Ungerechnet der bereits erwähnten und noch zu erwähnenden Fälle, in denen sie nur eine Nebeneomplication darstellten, kamen leicht reponible Verlagerungen des beweglichen Uterus 82mal vor.

#### 1. Retroflexio uteri.

Retroflectirt war der Uterus 28mal, darunter 4mal gleichzeitig etwas lateroflectirt.

Eine 25jährige, 4 Jahre verheirathete Frau, deren retroflectirter reponibler Uterus einen etwas massigeren, derberen Fundus zeigte, gab an, nur einmal im Leben menstruiert zu haben. Die Ovarien waren normal. Eine Frau befand sich bereits in der Klimax. Wodurch die frühere Sterilität bedingt war, liess sich nicht mehr sicher stellen.

3 Frauen litten an einem leichten Cervicalkatarrh und eine an einem leichten Vaginalkatarrh. Mit Vitium cordis behaftet waren 3 Frauen. Eine litt an einem Magenkatarrh, 2 waren ausgesprochen hysterisch und 2 dick. 19 Frauen waren dysmenorrhöisch.

An 3 Frauen war, bevor ich sie zu Gesicht bekommen, die Discission vorgenommen worden.

Im ersten Falle war die Frau 28 Jahre alt, 10 Jahre verheirathet und seit ihrem 13. Jahre dysmenorrhöisch menstruirte. Vor 6 Jahren war discidirt worden. Der Genitalbefund war bis auf den schlaffen, retroflectirten Uterus normal. Das Sperma des 26jährigen, hageren, schlecht genährten und eine Infiltration der Lungenspitzen zeigenden, angeblich nie inficirt gewesenen Gatten wies nur wenige unbewegliche, defecte Spermazellen ohne und mit defecten Caudis, sehr viele Pflaster-epithelien, aber keine Krystalle auf. Die Dysmenorrhöe war durch die Discission nicht behoben worden.

Wahrscheinlich lag im zweiten Falle die gleiche Sterilitätsursache vor. Die Frau war 30jährig, seit 9 Jahren verehelicht und menstruirte nicht schmerzlos seit ihrem 13. Jahre. Einige Jahre früher war discidirt worden, wodurch weder die Sterilität noch die Dysmenorrhöe behoben wurde. Auch hier lag nichts anderes vor, als ein schlaffer retroflectirter Uterus. Der Gatte war nach Angabe der Frau sexuell schwach.

Im letzten Falle endlich war die Frau 27jährig, 7 Jahre verheirathet und menstruirte schmerzlos. Der Befund war der gleiche wie in den zwei vorerwähnten Fällen. Vor 6 Jahren war discidirt worden. Der Gatte der dicken Frau, den ich nicht sah, war angeblich sexuell kräftig.

Ausser dem einen bereits erwähnten Falle wurde das Sperma des Gatten noch 2mal besichtigt.

Die Frau war 35jährig, 15 Jahre verehelicht und menstruirte rechtzeitig, sowie schmerzlos. Sie hatte eine Retroflexion ohne weitere Complicationen. Das Sperma des gleichaltrigen, angeblich nie inficirt gewesenen Gatten enthielt nur wenige leblose Spermazellen. Manchen fehlten die Caudae. Spuren einer dagewesenen Infection fehlten.

Der zweite Fall betraf eine 25jährige, seit 7 Jahren verheirathete Frau, die angeblich schmerzlos menstruirte. Wann die erste Menstruation eingetreten, war nicht zu eruiren. Die Uterushöhle maass  $6\frac{1}{2}$  cm. Der Uterinalcanal liess sich nur schwer sondiren und schien etwas stenotisch zu sein. Das Sperma des nur wenig älteren Gatten war normal.

In einem Falle wurde die Frau nach 6—8jähriger steriler Ehe gravid. Ich sah die Frau den 4. Februar 1885 zum ersten Male. Sie war damals 24 Jahre alt, 3 Jahre verheirathet und gab an, seit dem

14. Jahre unter dysmenorrhöischen Schmerzen zu menstruiren. Ein Jahr früher war eine Pressschwammbehandlung eingeleitet worden, die weder die Sterilität noch die Dysmenorrhöe behoben hatte. Im Winter 1888/89 abortirte die Frau in der 9. Woche. Anfang September 1891 gebar sie rechtzeitig eine lebende Frucht und Ende März 1892 abortirte sie abermals in der 9. Woche.

Eine 39jährige Frau, die im 13. Lebensjahre zu menstruiren begonnen, stets schmerzlos menstruirte und eine Zeit an einem leichten Cervicalkatarrh gelitten, concipirte im 19. Jahre der Ehe, abortirte aber im 3. Monat. Ihren Mann bezeichnete sie als sexuell schwach.

Ausser den bereits erwähnten Frauen bezeichneten noch 4 weitere ihre Gatten als sexuell schwach.

## 2. Retroversio uteri.

Retrovertirt und dabei leicht aufstellbar war der Uterus 27mal. Darunter war er 4mal gleichzeitig etwas laterovertirt.

3 litten an einem leichten Cervicalkatarrh und eine an einem leichten Vaginismus, dem ein objectiver pathologischer Befund mangelte. 2 Frauen litten an chronischem Magenkatarrh, eine an einem chronischen Follicularkatarrh des Dickdarmes, eine an einer Spitzeninfiltration der Lungen und gleichzeitig an einer Psoriasis non specifica und eine an Hysterie. 15 Frauen waren dysmenorrhöisch.

Bei 2 Frauen war der Muttermund früher von anderer Seite her discidirt worden.

Im ersten Falle war die Discission auch quoad dysmenorrhoeam erfolglos geblieben, vielleicht dadurch bedingt, dass gleichzeitig der innere Muttermund etwas enger erschien. Die Frau war 32jährig, seit ihrem 12. Lebensjahre menstruirte und seit 12 Jahren verheirathet. Sie gab an, ihr Gatte besitze nur einen Testikel und sei sexuell schwach.

Der zweite Fall betraf eine 27jährige, seit 12 Jahren verheirathete Frau, die seit ihrem 15. Lebensjahre normal und schmerzlos menstruirte. Auch diese Frau, bei der die Discission vor einigen Jahren ausgeführt worden war, bezeichnete ihren Gatten als sexuell schwach.

Die gleiche Klage brachten noch 4 weitere Frauen vor.

## 3. Lateroflexio und Lateroversio uteri.

Diese Lageveränderung des Uterus fand sich 27mal, ungerechnet der Fälle, in denen diese Verlagerung eine Nebene complication darstellte oder eine acquirirte war.



4 Frauen litten an einem leichten Cervicalkatarrh und eine an einem chronischen Magenkatarrh. 13 Frauen waren dysmenorrhöisch.

Bei einer 32jährigen, 7 Jahre verheiratheten dicken Frau, die von ihrem 15. Jahre an regelmässig und schmerzlos menstruirte und einen nach rechts hin lateroflectirten Uterus hatte, war vor 2 Jahren von einem Russischen Arzte die Discission mit der Zusage vorgenommen worden, die Conception werde darauf binnen Kurzem eintreten. Die Ehe mit dem ersten Gatten wurde wegen sexueller Schwäche desselben nach einem Jahre gelöst. Der zweite Gatte, mit dem die Frau seit 6 Jahren lebte, war 37 Jahre alt, hatte in erster Ehe Kinder gezeugt. Er gab mir an, er sei seit 1—1½ Jahren sexuell bedeutend geschwächt. Eine gonorrhöische oder luetische Infection wurde geleugnet und lag für eine solche Annahme kein Anhaltspunkt vor.

In einem weiteren Falle schien es so ziemlich sicher zu sein, dass der Gatte die Schuld an der Sterilität der Ehe trug. Die Frau war 22 Jahre alt, 7 Jahre verheirathet und seit ihrem 14. Jahre menstruiert. Sie litt an Dysmenorrhöe. Es bestand eine leichte Lateroversio des Uterus nach links. Der Hymen war intact, die Vagina virginal, eng. Der 24jährige Gatte, früher Masturbator, gestand, keine Erectionen zu haben.

In einem anderen Falle litt der 28jährige Gatte an einer hochgradigen Strictur und gab an, dass bei der Cohabitation nur wenig Sperma, gleichzeitig unter Schmerzen abgehe. Er hatte eine Gonorrhöe und in deren Verlauf eine Epididymitis, mehrere Jahre vor Eintritt in die Ehe, durchgemacht. Die 26jährige, seit 4 Jahren verheirathete Frau zeigte eine Lateroflexio nach rechts und war dysmenorrhöisch. Zeichen einer gonorrhöischen Infection waren bei ihr nicht zu finden, auch war sie früher nie unterleibskrank gewesen.

Der Gatte einer 24jährigen, seit 3½ Jahren verheiratheten und seit ihrem 13. Jahre unter Schmerzen menstruirenden Frau, deren Uterus in toto etwas nach links zu stand und die an einem leichten Cervicalkatarrh litt, hatte ein auffallend kleines Membrum, sehr kleine Testikel und war trotz seiner 29 Jahre vollkommen bartlos. Eine Spermauntersuchung verweigerte er.

Eine hochgradig hysterische 30jährige, seit 13 Jahren verheirathete Frau, die seit jeher schmerzlos menstruirte und an einem leichten Cervicalkatarrh litt, hatte einen Uterus, dessen Fundus nach links verzogen war. Sie gab an, stets den Coitus reservatus ausgeübt zu haben. Der Gatte, den ich nicht sah, war 45 Jahre alt.

Ein 25jähriger Mann zeigte, trotzdem er eine vorausgegangene Infection leugnete, die Zeichen einer latenten Lues. Die Drüsen an verschiedenen Körperstellen waren geschwellt. Zu dem Geständnisse, eine

Zeit vor Eheintritt ein Exanthem überstanden zu haben, liess sich der Mann schliesslich doch herbei. Die 22jährige, seit 4 Jahren verheirathete Frau zeigte keine Zeichen von Syphilis. Sie litt an einer stillstehenden Tuberculose.

In 2 Fällen, in denen die Frauen ihre Gatten als Ursache der sterilen Ehe bezeichneten, fand sich das Sperma normal.

Der erste Fall betraf einen 26jährigen, zarten, schwachen Mann, behaftet mit einer Lungenspitzeninfiltration, der kleinere Testikel hatte. Das Sperma war normal. Die Frau war 24jährig, nahezu 5 Jahre verheirathet, menstruirte unter dysmenorrhöischen Beschwerden und hatte einen etwas nach links gelagerten Uterus.

Im zweiten Falle war die Frau 26 Jahre alt, 8 Jahre verheirathet und gesund. Der Uterus war nach links laterovertirt. Die Menstruation hatte im 12. Lebensjahre begonnen. Das Sperma des 26jährigen Gatten war normal.

Zwei Frauen aus dieser Gruppe wurden gravid.

Die erste Frau war, als ich sie das erste Mal sah, 24 Jahre alt und 5 Jahre verheirathet. Sie litt an Dysmenorrhöe. Der Uterus war nach rechts zu laterovertirt. Der 26jährige, angeblich sexuell kräftige Gatte war ungemein blutarm und schlecht genährt. Ueber meinen Rath besuchte er ein Eisenbad, dessen Gebrauch ihm angeblich sehr gut that. 6 Jahre nach ihrem ersten Besuche sah ich die Frau wieder. Sie theilte mir mit, sie habe vor 3 Jahren im 3. Monat abortirt. Da ich das Sperma des Mannes nicht untersuchen konnte, so vermag ich nicht anzugeben, ob es der Rath, den ich gab, war, der die Sterilität behob. Der Genitalbefund der Frau war bei dem zweiten Besuche derselbe, wie bei dem ersten.

Die zweite Frau, 22 Jahre alt, 6 Jahre verheirathet, war dysmenorrhöisch. Der in seinem Fundus auffallend verbreiterte Uterus stand nicht in der Mittellinie, sondern nach links zu und war auch nach dieser Seite hin geneigt. Gleichzeitig bestand ein leichter Cervicalkatarrh. Der 25jährige Gatte hatte eine Lungenspitzeninfiltration und sah schlecht aus. Durch eine entsprechende Behandlung wurde der Cervicalkatarrh behoben. Ein Jahr darauf gebar die Frau eine reife ausgetragene lebende Frucht. Als ich die Frau 2 Jahre später sah, war der Uterus normal gestellt.

Ausser den bereits erwähnten Frauen klagten noch 3 andere über die sexuelle Schwäche ihrer Gatten.

## VIII. Gruppe.

## Chronische Endometritis.

An diesem Leiden litten 24 Frauen.

Bekanntlich ist der Schleimpolyp ein nicht seltener Folgezustand dieses Leidens. Er fand sich in 11 Fällen. Eine Frau litt an Dysmenorrhoea membranacea. 4mal war die Endometritis mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Stenose des äusseren Muttermundes complicirt. In einem dieser Fälle war gleichzeitig die Vaginalportion conisch verlängert. 2mal fand sich eine conisch verlängerte Vaginalportion ohne Stenose des äusseren Muttermundes. 1mal war der Uterus retrofectirt, 1mal retrovertirt und 2mal laterovertirt. In allen diesen Fällen aber war er beweglich und reponibel. 2 Fälle von Endometritis chronica entfielen auf die Menopause. 2 Frauen litten an Vitium cordis und eine an einer Infiltration der Lungenspitzen. 10 Frauen klagten über Dysmenorrhöe.

Unter den Fällen, in denen ein Schleimpolyp da war, ist speciell einer zu erwähnen, der nicht nur deshalb interessant ist, weil bei ihm Conception eintrat, sondern namentlich deshalb, weil bei ihm der Verlauf einer sogen. chronischen Metritis von ihrem Beginn bis zu ihrem natürlichen Auslaufe, der Atrophie des Uterus, verfolgt werden konnte. Er betraf eine 24jährige, seit 5 Jahren verheirathete Frau, die angeblich erst nach Eintritt in die Ehe zu menstruiren begann und nie ganz regelmässig menstruirte. Als ich die Frau den 6. Juli 1885 zum ersten Male sah, bestand eine ausgesprochene chronische Endometritis ohne Vergrösserung des Uterus. Im Muttermunde steckte ein kleiner Schleimpolyp. Damit übereinstimmend klagte die Frau über eine unregelmässig auftretende profuse Menstruation und einen blutig-wässerigen Ausfluss. Die entsprechende Therapie, eine Excochleation und Ausätzung des Uteruscavum verweigerte die Frau. 2 Jahre später, den 27. Juni 1887 war der Befund soweit geändert, als der Schleimpolyp aus dem Muttermunde hervorgetreten war. Die chronische Endometritis bestand unverändert fort. Auch diesmal wollte sich die Frau keiner Behandlung unterziehen. Im Jahre 1889 abortirte die Frau im 3. Monate und im Jahre 1891 überstand sie eine Frühgeburt im 8. Monate. Als ich die Frau den 3. Mai 1892 wieder sah, war das Bild ein anderes, es entsprach dem einer sogen. chronischen Metritis im sogen. ersten Stadium. Der Uterus war gegen früher bedeutend grösser, massiger, derber, fester und härter. Der Schleimpolyp, der angeblich von Niemandem operativ entfernt worden

war, fehlte. Die frühere Endometritis bestand fort. Die Frau klagte über unregelmässige, profuse, schmerzhaftes Menstruationen, über Druck, Schwere im Unterleibe, Kreuzschmerzen etc. Den 9. December 1894 sah ich die Frau wieder. Die chronische Endometritis hatte inzwischen ihr natürliches Ende gefunden, aber unter gleichzeitiger schliesslicher Atrophie des Uterus und ohne Zweifel auch seiner Mucosa. Der Uterus war in toto bedeutend kleiner geworden. Die Menstruation stellte sich nur in 3—4 monatlichen Intervallen ein, war sehr schwach und dauerte blos 1 Tag. Der Fluor hatte dauernd cessirt.

Ausser in diesem Falle stiess ich auf das Bild der sogen. chronischen Metritis noch in 3 anderen Fällen. Die betreffenden Frauen waren 29, 29 und 33 Jahre alt und 9, 12, 16 Jahre verheirathet. Bei allen war der normal gelagerte Uterus bedeutend grösser, härter, derber, fester und bestand Dysmenorrhöe. In einem Falle maass seine Höhle sogar 9½ cm. In allen diesen Fällen bestand das sogen. erste Stadium dieses Processes und damit übereinstimmend eine Endometritis, profuse, schmerzhaftes Menstruation und die bekannten das Allgemeinbefinden betreffenden Beschwerden.

Zwei Fälle betrafen eine Endometritis in der Menopause.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 52jährige Frau, die ihre Menstruation seit einigen Jahren bereits verloren hatte und neuerdings seit 3 Monaten an unregelmässigen Blutungen litt. Da die Frau die Einleitung einer rationellen Therapie verweigerte, so blieb es mir unbekannt, um welche Form der Endometritis es sich handelte. Da der Uterus nicht vergrössert, auch keine diffuse oder umschriebene Induration zu fühlen war, keine Schmerzen bestanden, so liess sich, so weit es eben möglich ist, die Gegenwart eines Neoplasmas mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen.

Der zweite Fall betraf eine 54jährige Frau, die ihre Menstruation vor 12—13 Jahren verloren hatte und vor 4—5 Jahren zu bluten begann. Nach Entfernung eines Schleimpolypen vor 4 Jahren cessirten die Blutungen. In letzter Zeit stellten sie sich neuerdings wieder ein. Wodurch die früher bestandene Sterilität ihrer Zeit bedingt war, liess sich nachträglich nicht mehr feststellen. Ich sah diese Frau nur einmal.

Die Frau, die an Dysmenorrhoea membranacea litt, war 40 Jahre alt, seit 18 Jahren verheirathet und menstruirend seit ihrem 14. Jahre. Sie klagte darüber, dass die Menstruation seit einigen Jahren von immer heftiger werdenden Schmerzen begleitet sei und dass während derselben Fetzen abgingen. Da die Vaginalportion konisch verlängert und der äussere Muttermund verengt war, wurde die Discission vorgenommen, hierauf die Mucosa gründlich excochleirt und mit Chlorzink ausgeätzt. Bei dieser Gelegenheit wurde ein in der Uterushöhle befindlicher Schleim-

polyp entfernt. Die mikroskopische Untersuchung der excochleirten Schleimhautfetzen ergab das Bild der interstitiellen Endometritis. Die nächsten 3 Menstruationen verliefen nahezu schmerzlos. Ob die Besserung weiterhin anhielt, ist mir unbekannt, da ich die Frau von da an nicht mehr zu Gesicht bekam.

In 9 Fällen wurde der vorhandene Schleimpolyp entfernt und das Uteruscavum gründlich excochleirt, worauf die Mucosa mit Chlorzink geätzt wurde. In zweien dieser Fälle musste, da der äussere Muttermund stark verengt war, der Excochleation die Discission vorausgeschickt werden. In 3 Fällen, in denen kein Schleimpolyp da war, wurde ebenfalls excochleirt und dann geätzt. In einem Falle, in dem gleichzeitig eine konische Verlängerung der Vaginalportion und eine Stenose des äusseren Muttermundes da war, ging der Excochleation und Ausätzung eine Discission voraus.

In einem Falle eines Schleimpolypen, in dem letzterer entfernt wurde, worauf die Mucosa excochleirt und geätzt wurde und der eine 34jährige, 13 Jahre verheirathete Frau betraf, wurde über Wunsch der letzteren das Sperma des gleichalterigen Gatten mikroskopisch untersucht. Es erwies sich als normal.

Zumeist handelte es sich bei den operirten Fällen um die fungöse Endometritis diffuser Form.

Ob welche der operirten Frauen späterhin gravid wurden, weiss ich nicht, da ich die Frauen weiterhin nicht mehr sah.

In 9 Fällen verweigerten die Frauen einen operativen Eingriff.

Eine Frau beklagte sich über die sexuelle Schwäche ihres Gatten.

## IX. Gruppe.

### Blennorrhoea virulenta uteri et vaginae.

An virulenter utero-vaginaler Blennorrhöe litten 26 Frauen.

In 9 Fällen bestand gleichzeitig eine Cystitis, in einem gleichzeitig eine Pyelonephritis und in einem eine Bartholinitis. 3 Frauen litten an Vaginismus, eine hatte spitze Vegetationen und eine Elephantiasis labiorum, an der theilweise auch das Perineum participirte. Bei einer Frau fand sich eine schürzenförmige Verlängerung der vorderen Muttermundlippe und bei einer eine Stenose des äusseren Muttermundes. 3mal war gleichzeitig der Uterus mobil retroflectirt und 2mal ebenso retrovertirt. Eine Frau trug ein Struma, 10 Frauen waren dysmenorrhöisch.

Die 6 Ehegatten, die ich sah, litten an Gonorrhöe oder hatten

vor nicht lange eine solche durchgemacht. Einer hatte auch eine Inunctionskur hinter sich. 3 Frauen gaben an, von ihren Gatten in der Hochzeitsnacht inficirt worden zu sein.

Die 3 Frauen, die an Vaginismus litten, waren 27, 27, 31 Jahre alt und 4, 7, 11 Jahre verheirathet. Eine litt gleichzeitig an Cystitis, bei einer war der Uterus retroflectirt.

Bei 2 Frauen war einige Jahre früher, vor Bestand der virulenten Blennorrhöe, von Seiten anderer Operateure, behufs Behebung der Sterilität die Discission des äusseren Muttermundes vorgenommen worden. Bei der einen Operirten wurde durch diesen Eingriff wenigstens die frühere Dysmenorrhöe dauernd behoben.

In 3 Fällen, in denen das acute Stadium längst abgelaufen war und die Tuben, sowie die Parametrien unbetheiligt geblieben waren, nahm ich mit promptem Erfolge die Excochleation mit nachfolgender Chlorzinkausätzung vor. Einer dieser Fälle war einer jener zwei, bei denen früher der Muttermund discidirt worden war.

## X. Gruppe.

### Entzündliche Affectionen der Adnexen, der Parametrien, des Beckenperitoneum.

Solcher Fälle verzeichne ich 54.

#### 1. Entzündliche Affectionen der Adnexen.

Entzündliche Affectionen der Adnexen kamen 27mal vor.

In der Mehrzahl der Fälle war die Erkrankung eine beiderseitige.

3mal bestand gleichzeitig eine Cystitis, 2 Frauen trugen spitze Vegetationen.

Bei 2 Frauen war der äussere Muttermund enger, eine hatte eine conisch verlängerte Vaginalportion. Eine litt gleichzeitig an einer Lungenspitzeninfiltration.

18 Frauen waren dysmenorrhöisch.

Von 12 Gatten war es sicher gestellt, dass sie an einer Gonorrhöe gelitten hatten oder noch litten. Bei 5 von diesen war es erwiesen, dass sie ihre Frauen in der Hochzeitsnacht inficirt hatten.

Eine Kranke büsste ihre Erkrankung mit dem Tode. Der Fall betraf eine 33jährige, 12 Jahre verheirathete Frau, die einen bedeutend älteren Gatten besass, von dem sie gonorrhöisch inficirt worden war.

Nach mehrjährigem Leiden kam es, wie mir von verlässlicher ärztlicher Seite mitgetheilt wurde, zur Bildung umfangreicher Pyosalpinxsäcke. Nach einer während der Menstruation durchtanzten Nacht entwickelte sich eine foudroyante allgemeine Peritonitis, der die Kranke binnen 48 Stunden erlag. Section wurde keine vorgenommen. Ich sah die Kranke erst dann, als die allgemeine Peritonitis bereits eingesetzt hatte. Ich glaube kaum fehlzugehen, wenn ich, auch ohne Vorliegen des Sections-protocoll, eine Ruptur der Pyosalpinx oder einen stattgefundenen Eiteraustritt aus dem abdominalen Tubarende annehme, wodurch die allgemeine Peritonitis hervorgerufen wurde. Wäre mein Rath befolgt und sofort im Erkrankungsbeginne laparotomirt worden, so hätte die Kranke vielleicht noch gerettet werden können.

Bei einer 29jährigen, seit 12 Jahren verheiratheten, seit ihrem 13. Jahre unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruierenden Frau war vor 6 Jahren, als sie an dem Leiden, mit dem ich sie behaftet zum ersten Male sah, noch nicht litt, von einem bekannten Kliniker die Dilatation des Cervicalcanales vorgenommen worden. Ob zur Behebung der Dysmenorrhöe oder der Sterilität, ist mir unbekannt. Behoben wurde aber weder das eine, noch das andere. Als ich die Frau sah, litt sie, nach vorausgegangener Blennorrhöe, an beiderseitiger Oophoritis und Salpingitis.

Zwei Mal war von anderen Seiten her discidirt worden.

Den 24. März 1888 kam eine 24jährige, 6 Jahre verheirathete Frau, die mit 13 Jahren zu menstruiren begonnen, zu mir. Sie zeigte eine floride virulente Blennorrhöe der Vagina, sowie des Uterus, beginnende spitze Vegetationen der Vulva und eine dilatirte empfindliche linke Tube. Der Gatte leugnete zwar, an einer Gonorrhöe zu leiden, doch erwies der Befund der Urethra, des Harnes und der Testikel, dass er nicht nur eine Epididymitis überstanden, sondern noch an einer virulenten Urethritis litt. Als ich die Frau 2 Jahre später wieder sah, fand ich den Muttermund discidirt und wurde mir mitgetheilt, dass dies vor 1 Jahre geschehen sei, um die Sterilität zu beheben. Der Uterinalkatarrh bestand noch fort, die Tube war, wie früher, dilatirt.

Der zweite Fall betraf eine Frau, die seit jeher dysmenorrhöisch war. Im zweiten Jahre ihrer zweiten Ehe, als sie 24 Jahre alt und damals noch gesund war, dilatirte ich den Cervicalcanal und den verengten äusseren Muttermund brusque mit Dilatatoren, um die Dysmenorrhöe zu beheben. Darauf war die Menstruation einige Monate hindurch schmerzlos. 2—3 Jahre später wurde von einem bekannten Kliniker discidirt. 2—3 Jahre danach acquirirte die Frau eine virulente Blennorrhöe und kam es consecutiv zu einer beiderseitigen Salpingitis und Parametritis. Im floriden Stadium dieser Entzündung wurde von einem Arzte eine Excochleation vorgenommen. Sofort darauf folgte eine diffuse Peritonitis, der die

Kranke nahezu erlag. Allmählig nur erholte sie sich mit zurückbleibenden, weiterhin sich nur langsam und unvollständig resorbirenden parametranen Exsudaten.

Ein Fall ist deshalb hervorhebenswerth, weil in demselben nach abgelaufener Salpingitis Conception mit nachfolgender rechtzeitiger Geburt eintrat.

Es war dies eine 24jährige Frau, die ich den 11. Januar 1888 zum ersten Male sah. Sie war noch nicht lange verheirathet, früher gesund gewesen und sofort nach Eheabschluss an einem starken Fluor mit Brennen in den Genitalien erkrankt. Ich fand eine starke Blennorrhoea virulenta der Vagina, sowie des Uterus, das linke Ovarium vergrößert und schmerzhaft, die linke Tube auf nahezu Kleinfingerstärke dilatirt, das rechte Ovarium etwas succulent und die rechte Tube normal. Der Hymen war dilatirt, erhalten. Ein halbes Jahr später war der Fluor etwas geringer, der Tubarbefund aber im gleichen. Nach 7 Jahren kam die Frau wieder zu mir und theilte mir mit, dass sie die Ehe mit dem Gatten, der sie inficirte, gelöst habe, seit 2 Jahren in zweiter Ehe lebe und Mutter eines einjährigen Kindes sei. Der Genitalbefund war ein normaler.

In einem Falle nahm ich die Besichtigung des Sperma des Gatten vor.

Der 27jährige Mann, der 2 Jahre verheirathet war, hatte vor 4—5 Jahren eine Gonorrhoe, angeblich aber ohne Epididymitis, durchgemacht, die 7—8 Wochen anhielt. Der Harnstrahl war verdreht und sehr dünn. Die Untersuchung ergab die Gegenwart einer Stricture. Der linke Nebenhode war verdickt. Die ejaculirte Flüssigkeit bestand nur aus Schleim und Epithelien. Vorsichtsweise wurde das Sperma innerhalb eines einmonatlichen Intervalles 2mal besichtigt. Die 20jährige Frau hatte, neben einer Stenose des äusseren Muttermundes, eine virulente Blennorrhoe des Uterus, sowie der Vagina und eine Dilatation der linken Tube.

Die Folgen einer recht ungeschickt ausgeführten rituellen Circumcision zeigte ein 27jähriger, seit 6 Jahren verheiratheter Mann. Die Glans war theilweise, nach hinten und unten, abgekappt und trug eine mehr als kreuzergrosse Narbe. Der Schnitt muss offenbar von hinten und unten nach vorn und oben geführt worden sein und fiel hierbei ein Stück der Glans mit der Partie, die die Urethralmündung trägt, zum Opfer. Die Urethralmündung lag, ähnlich wie bei Hypospadie niederen Grades, nach hinten und unten. Sie war narbig, schlitzförmig, verengt und consecutiv war der Harnstrahl dünn und verdreht. Zeichen einer überstandenen Gonorrhoe fehlten und wurde auch die frühere Gegenwart einer solchen geleugnet. Die 28jährige Frau, die seit ihrem 15. Jahre menstruirte, klagte über Dysmenorrhoe und seit einiger Zeit über Unter-



leibsbeschwerden. Sie zeigte bei normal gelagertem Uterus eine mässig grosse, keulenförmige Dilatation der rechten Tube.

## 2. Parametritis, Perimetritis, Beckenperitonitis und Folgezustände dieser entzündlichen Processe.

Solche Fälle fanden sich 27.

7mal war der Uterus retroflectirt und fixirt, 1mal retrovertirt und fixirt, 4mal seitlich verlagert und daselbst fixirt. Grosse Beckenexsudate fanden sich 3mal. Eine Frau litt gleichzeitig an Cystitis, eine an spitzen Vegetationen. Eine Frau datirte ihre Erkrankung von der gonorrhöischen Infection in der Hochzeitsnacht her. 2mal war die Vaginalportion konisch verlängert. Eine Frau litt an einem Morbus Basedowii.

11 Frauen waren dysmenorrhöisch.

Der Fall von gleichzeitigem Morbus Basedowii, den ich bereits anderwärts<sup>1)</sup> mitgetheilt habe, betraf eine 30jährige, seit 11 Jahren verheirathete Frau, die mit 15 Jahren zu menstruiren begonnen. Die erwähnte Erkrankung, die seit 3—4 Jahren da war, befand sich im Rückgange. Der Uterus war nach links laterovertirt und infolge alter parametritischer Narben fixirt. Das linke Ovarium war etwas vergrössert und empfindlich. Die vordere Vaginalwand war etwas herabgetreten. Auf der Höhe der Erkrankung war die Menstruation aussetzend gewesen. Eine Unterleibsentzündung wollte die Frau nicht durchgemacht haben.

In 2 Fällen war vor Beginn der Erkrankung, an deren Folgen die Frauen litten, als ich sie zu Gesicht bekam, die Discission bebufs Behebung der Sterilität vorgenommen worden.

Der eine Fall betraf eine 40jährige Frau, die angeblich erst im 17. Jahre zu menstruiren begonnen. Mit dem ersten sexuell schwachen Gatten lebte sie 5 Jahre, mit dem zweiten 60jährigen, der in erster Ehe zahlreiche Kinder gezeugt, lebte sie im 15. Jahre der Ehe. Vor 6 Jahren wurde wegen der Sterilität discidirt. 2 Jahre später erkrankte sie an einer Unterleibsentzündung, deren Folgen sie angeblich noch fort trug. Der eine konische Verlängerung der Vaginalportion zeigende Uterus war retroflectirt und fixirt. Gleichzeitig fanden sich Residuen einer überstandenen rechtsseitigen Parametritis. Ob die Erkrankung auf gonorrhöischer Basis fusste, liess sich nicht mehr bestimmen. Mit der vorausgehenden Discission war sie nicht in Zusammenhang zu bringen.

In einem zweiten Falle war die Frau 36jährig und 16 Jahre verheirathet. Mai 1883 wurde discidirt. October 1885 erkrankte die Frau

<sup>1)</sup> Centralbl. für Gyn. 1892, Bd. 16 S. 181.

angeblich ohne bekannte Ursache an einer Unterleibsentszündung. Seitdem fühlte sie sich krank. Als ich die Frau Februar 1887 untersuchte, fand ich ein grosses Beckenexsudat, welches, in der linken Beckenhälfte liegend, den Uterus theilweise einmauerte. 6 Monate später war das Exsudat kleiner geworden. Weiterhin sah ich die Frau nicht mehr. Auch hier dürfte die nachfolgende Erkrankung mit der vorausgegangenen Discission in keinen Connex zu setzen sein.

In 2 anderen Fällen dagegen werden die Frauen durch die zwecks Behebung der Sterilität ausgeführte Discission, wenn sie nicht etwa schon a priori an sich dauernd steril waren, durch die der Operation folgenden Entzündungsvorgänge direct sterilisirt. Der operative Eingriff führte demnach direct das herbei, was er beheben sollte.

Eine Frau von 39 Jahren, die seit dem 15. Jahre verheirathet war, wurde im 14. Jahre der Ehe bei voller Gesundheit von einem Arzte überredet, sich behufs Behebung ihrer Sterilität einer Discission zu unterziehen. Sofort post operationem erkrankte sie an einer Unterleibsentszündung und ist seitdem, seit 10 Jahren, krank. Das Parametrium links war verkürzt, empfindlich, das linke Ovarium vergrössert, schmerzhaft. Der Uterus war vergrössert, hart, derb, dem Bilde der sogen. chronischen Metritis entsprechend. Die früher schmerzlose, normale Menstruation war schmerzhaft und unregelmässig geworden. Nach einer Trink- und Badecur in Marien- und Franzensbad, die ich die Kranke durchmachen liess, besserte sich sowohl das consecutiv gestörte Allgemeinbefinden, auch war der Uterus kleiner geworden, Genesung aber war, als ich die Kranke 3 Monate nach dem ersten Besuche wieder sah, noch nicht eingetreten. Weiterhin sah ich die Kranke nicht mehr.

Aehnlich verhielt es sich im zweiten Falle. Eine 24jährige, 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre verheirathete, seit ihrem 14. Jahre stets unter Schmerzen menstruierende Frau begab sich ihrer Chlorose wegen in ein Eisenbad. Von dem dortigen Arzte wurde discidirt, um die Sterilität zu beheben. Sofort an die Operation schloss sich eine Unterleibsentszündung an, an der die Frau noch jetzt leidet. Ich sah die Frau zum ersten Male <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahr nach der Operation. Der Uterus war in toto vergrössert, wenig beweglich, schmerzhaft. Rechts waren Adnexen und Parametrium normal. Links dagegen war das Parametrium diffus verdickt, schmerzhaft. Das Ovarium war vergrössert und schmerzhaft, die Tube normal. Der Sitz der Schmerzen lag in der linken Beckenhälfte. Die schlecht genährte, chlorotische Kranke gab an, die Menstruation sei schwach und von heftigen Schmerzen begleitet. 3 Monate später war der Zustand so ziemlich der gleiche.

Einmal stiess ich bei einer 24jährigen, seit 2 Jahren verheiratheten Frau, 4 Wochen nach einer aus mir unbekanntem Gründen vorgenommenen Excochleation auf die Residuen einer linksseitigen Parametritis.

## XI. Gruppe.

Massigerer, derberer, namentlich im Fundus verbreiteter Uterus.

Solcher Fälle kamen 5 vor.

In diesen Fällen fand sich nichts anderes, als ein in erwähnter Weise beschaffener Uterus. Er war beweglich unschmerzhaft. Indurationen, umschriebene oder diffuse, fehlten, so dass kein Verdacht auf eine beginnende Neubildung vorlag. Die Adnexen waren normal. Die Menstruation war bei allen rechtzeitig aber abnorm schmerzhaft. Der Beginn derselben war in das 13.—15. Jahr gefallen. Sämmtliche Frauen beklagten sich darüber, dass der Gatte sexuell schwach sei. Keine litt an Fluor. Die Frauen waren 22, 24, 32, 32 und 35 Jahre alt und 1, 2, 6, 12 und 13 Jahre verheirathet.

Einen der Gatten, den ich sah, vermochte ich nicht zu veranlassen, sein Sperma untersuchen zu lassen. Er gestand, keine Erectionen zu haben.

Bei einer 27jährigen, 6 Jahre verheiratheten, seit ihrem 14. Jahre menstruirenden dicken Frau, der einzigen, bei der der Uterus verlagert war — es bestand eine reponible Retroversion — maass das Uteruscavum 8,5 cm. Die Frau, die nebenbei an Zeichen eines Magenkatarrhs litt und deren Milz und Leber etwas vergrössert waren, trug am Rande des rechten Labium eine über kirschgrosse zartwandige langgestielte Cyste, deren Abtragung sie mir verweigerte. Bei einer 24jährigen, 1 Jahr verheiratheten, seit ihrem 14. Jahre menstruirenden Frau, und bei einer 32jährigen, 13 Jahre verheiratheten, seit ihrem 13. Jahre menstruirenden, war vor 1 Jahr und vor 6 Jahren die Discission behufs Behebung der Sterilität vorgenommen worden. In beiden Fällen behob die Discission nicht einmal die frühere Dysmenorrhöe.

## XII. Gruppe.

Fibromyome des Uterus.

Abgesehen von den 2 bereits erwähnten Fällen trugen 32 Frauen Fibromyome.

30 Fälle entfielen auf sessile Tumoren und 2 auf fibröse Polypen.

In einem Falle ging der Bildung des sessilen Fibromyomes eine solche eines fibrösen Polypen voraus, der operirt wurde. 2mal

war neben einem sessilen Fibromyom noch ein gestieltes da. 7mal sass das Neoplasma in der Cervix. 1mal fand sich gleichzeitig eine auffallende Verlängerung der vorderen Muttermundlippe und 1mal eine konische Verlängerung der Vaginalportion. 2mal war gleichzeitig ein Ovarium vergrössert. Eine Frau mit einem Fibromyom erkrankte nachträglich an Diabetes. Eine litt an einem Vitium cordis. Dysmenorrhöisch waren 6 Frauen. Ein Gatte litt an Gonorrhöe.

Bei einer 30jährigen, seit 16 Jahren verheiratheten und seit ihrem 12. Lebensjahre schmerzlos menstruirenden Frau, die an einer Insuffizienz der Mitralis litt, trug die Cervix einen kirschgrossen Tumor. Gleichzeitig war das linke Ovarium um die Hälfte vergrössert und schmerzhaft.

Eine 40jährige, 18 Jahre verheirathete, seit ihrem 13. Jahre unter Schmerzen menstruirende Frau, die bereits vor 14—15 Jahren an unregelmässigen Blutungen gelitten, fing in letzter Zeit wieder an zu bluten. Der harte, feste Uterus war über faustgross und hatte seine Form so ziemlich erhalten. Das linke Ovarium, das seine Form erhalten, war welschnussgross und auffallend hart.

In dieser Gruppe sind 2 Discissionen zu verzeichnen.

Eine Frau von 40 Jahren, die seit 23 Jahren verheirathet war und erst seit einigen Monaten profuser menstruirte, sonst aber über nichts zu klagen hatte, trug einen in ein Conglomerat multipler Fibrome umgewandelten, unregelmässig geformten Uterus, dessen linkes Horn bis zwei Querfinger unter den Nabel reichte und dessen rechtes letzteren um zwei Querfinger überragte. Der Muttermund war discidirt. Die Frau gab an, die Operation sei vor 16—17 Jahren behufs Behebung der Sterilität vorgenommen worden, als sie damals noch ganz gesund war.

Bei einer 23jährigen, seit 2 Jahren verheiratheten Frau nahm ich die Discission der konisch verlängerten Vaginalportion vor, nicht etwa um die Sterilität zu beheben, sondern nur um ein von der Cervix aus sich bildendes Fibromyom zu enucleiren.

Bei einer 42jährigen Frau entfernte ich einen mehr als kindskopfgrossen bis vor die Genitalien herausgetriebenen fibrösen Polypen. Der Uterus schien darauf keinen weiteren Tumor in seinem Cavum und seiner Wandung zu enthalten. 4 Jahre später war der Uterus in ein Conglomerat grosser Tumoren umgewandelt, die bis zum Nabel hinauf reichten.

Bei einer 21jährigen, seit 4 Jahren verheiratheten Frau entfernte ich einen kirschgrossen Polypen, der von der Cervix entsprang, und einen etwas kleineren, dessen Stiel im Fundus inserirte. 3 Jahre später war die Frau, die einen jungen gesunden kräftigen Mann zum Gatten hatte,

noch immer nicht gravid geworden, trotzdem der Befund des Uterus scheinbar ein normaler und auch die Menstruation eine normale war.

Ein nach einer Richtung hin nicht klarer Fall war folgender. Am 14. März 1893 kam eine 37jährige, 22 Jahre verheirathete Frau zu mir und gab an, die Menstruation halte seit einer Zeit 12—13 Tage an und sei sehr profus, sowie schmerzhaft geworden. Der Uterus war etwas und zwar so ziemlich gleichmässig vergrössert, retrovertirt, aber aufstellbar. Die vordere Muttermundlippe war so bedeutend schürzenförmig verlängert, dass sie, als die Kranke auf dem Untersuchungstische lag, im Vaginal- eingeinge sichtbar wurde. Die Parametrien und Adnexen waren normal. Da die Frau neben ihrem Uterinalleiden eine bedeutende Körperfülle besass, überdies auch an intercurrirenden (arthritischen) Gelenksaffectionen litt, so empfahl ich ihr eine Trinkcur in Marienbad und hierauf den Gebrauch eines Schwefelbades. Gegen die profuse Menstruation verschrieb ich Pillen von Ergotin mit Hydrastis und Extractum Gossypii. Meine Diagnose lautete auf beginnende Fibromyome des Uterus. 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> Jahre später wurde ich zu der Frau auf das Land berufen. Sie theilte mir da Folgendes mit. Die genommenen Pillen regulirten die Menstruation. Der Aufenthalt in Marienbad behob zum Theile die excessive Körperfülle und wirkte gleichzeitig gut auf die erkrankten Gelenke. Ein Jahr nach dem Besuche bei mir suchte sie einen bekannten Kliniker auf, der ihr dringend eine Operation anempfahl, der sie sich auch sofort unterzog. Worin diese bestand, sei ihr nicht mitgetheilt worden, nur so viel wisse sie, dass eine Laparotomie gemacht wurde, dass sie am 16. Tage nach derselben das Bett verliess und hierauf eiligst heimgeschickt wurde. Kurze Zeit darauf stellten sich wieder unregelmässig auftretende Blutungen ein, die in nur kurzen Intervallen wiederkehren. Die Operation wurde vor 7—8 Monaten ausgeführt. Die Frau war gegen früher abgemagert und mässig anämisch. Der bewegliche, normal gelagerte Uterus war gegen früher nur wenig grösser geworden und hatte seine normale Form so ziemlich behalten. Da er infolge seiner Vergrösserung emporgestiegen war, vermochte ich Tuben und Ovarien nicht abzutasten. In der bedeutend schürzenförmig verlängerten vorderen Muttermundlippe fühlte man hier und da einige kleine harte Knötchen eingelagert. Die grosse Bauchnarbe bestätigte die Angaben der Kranken. Weshalb die Laparotomie vorgenommen wurde, war nicht sicher zu stellen. Vielleicht dass nur die Ovarien entfernt oder blos die grossen zum myomatösen Uterus hinziehenden Arterien unterbunden wurden. Auffallend aber bleibt es jedenfalls, dass der Operateur weder der Kranken, noch den Angehörigen mittheilte, was für einen Eingriff er vornahm.

## XIII. Gruppe.

Vergrößerungen der Ovarien ohne gleichzeitige entzündliche Affection der betreffenden Tuben, des Parametrium oder des Uterus.

Bei 10 Frauen fand sich als einzige oder hervorstechendste pathologische Erseheinung eine Grössenzunahme eines oder beider Ovarien bei gleichzeitiger erhöhter Empfindlichkeit oder Schmerzhaftigkeit derselben.

Die bedeutendste Vergrößerung, die die Ovarien erreichten, war die auf die Grösse einer welsehen Nuss. Eine so bedeutende Vergrößerung fand sich aber nur 2mal.

4mal waren beide Ovarien vergrößert. Eine dieser Frauen litt an latenter Lues und eine an einer Spitzeninfiltration beider Lungen. 2mal war nur das linke und 4mal nur das rechte Ovarium intumescirt. Bei einer dieser 4 Frauen war der Uterus retrofleetirt aber beweglich, reponibel. 5mal war der äussere Muttermund mehr oder weniger stenosirt. Dysmenorrhöisch waren 6 Frauen. Unter den 4 Frauen mit Intumescenz beider Ovarien fand sich die erwähnteluetische und tuberculöse. Die Frauen mit Intumescenz beider Ovarien waren sämmtlich dysmenorrhöisch. Bei den zwei weiteren dysmenorrhöischen war einmal das linke und einmal das rechte Ovarium vergrößert. Eine Frau hatte einen leichten Cervikalarrh, eine war dick. 5 Frauen klagten über die sexuelle Schwäche ihrer Gatten.

## XIV. Gruppe.

## Ovarialtumoren.

Ovarialtumoren trugen 19 Frauen.

14 Tumoren waren cystische und 5 waren solide.

Die eystösen Tumoren waren hühneri- bis nahezu mannskopfgross. 10 waren links- und 4 rechtsseitige.

Zwei Frauen hatten nie menstruiert. Die eine war 22 Jahre alt und 3 Jahre verheirathet. Das linke Ovarium war in einen hühnerigrossen, glatten, prall gespannten Tumor umgewandelt. Das rechte fand ich nicht. Die andere Frau war 39 Jahre alt und 21 Jahre verheirathet. Das linke Ovarium verhielt sich ebenso wie im vorerwähnten Falle. Das

rechte war kleiner als in der Norm. Beide Frauen hatten nie an Mili-  
minibus gelitten.

Von den übrigen 12 Frauen waren 7 dysmenorrhöisch. Eine hatte  
eine konisch verlängerte Vaginalportion.

Die soliden Tumoren waren bis faustgross. 4 lagen links  
und einer rechts.

3 Frauen waren dysmenorrhöisch.

Bei einer Frau, bei der früher die Discission wegen Sterilität vor-  
genommen worden war, konnte ich die Entwicklung des Tumors eine  
Zeit verfolgen. Als ich sie den 25. Juni 1885 zum ersten Male sah, war  
sie 28jährig und seit 7 Jahren verheirathet. Sie gab an, dass sie nur  
in 3—6monatlichen Intervallen und da nur spurenweise menstruire. Vor  
2 Jahren sei an ihr der äussere Muttermund discidirt worden. Das linke  
Ovarium erschien gegen das rechte normal grosse etwas verbreitert und  
verlängert. Die konisch verlängerte Vaginalportion war discidirt. 4 Jahre  
später, den 9. Juli 1889, war das linke Ovarium in einen beinahe faust-  
grossen Tumor umgewandelt, der nahezu seine ursprüngliche Form be-  
wahrt hatte.

## XV. Gruppe.

### Atrophie des Uterus und der Ovarien.

In 12 Fällen fand die bestehende Sterilität ihre natürliche  
Erklärung in einer vorhandenen Atrophie des Uterus und der  
Ovarien.

Ein Fall betraf eine normale Altersatrophie des Uterus und der  
Ovarien, in dem sich der Grund, warum die Frau früher steril gewesen,  
nicht mehr nachweisen liess. Die dicke 53jährige, seit 34 Jahren ver-  
heirathete Frau menstruirte seit 4—5 Jahren nicht mehr.

In 3 Fällen lag eine vorzeitige Menopause vor. Ein anderer Grund  
für die vorzeitig eingetretene Atrophie der Sexualorgane liess sich wenig-  
stens nicht finden.

Der erste dieser Fälle betraf eine 41jährige Frau, die 24 Jahre  
verheirathet war und seit 2 Jahren, nach vorausgegangener Klimax, in  
der Menopause stand. Uterus und Ovarien boten die Zeichen der Alters-  
atrophie dar. Der atrophische Uterus war retro- und lateroflectirt, dabei  
aber beweglich, reponibel.

Die zweite Frau war 43jährig, 21 Jahre verheirathet und hegann  
im 13. Lebensjahre zu menstruire. Sie gab an, sie habe die Menstruation  
seit 5—6 Jahren gänzlich hinter sich. Sie war stark, fettleihig. Uterus  
und Ovarien waren bereits vollständig atrophisch.

Im dritten Falle handelte es sich um eine Frau, die ich den 16. Juli 1883 zum ersten Male sah. Sie gab damals an, 36 Jahre alt, 19 Jahre verheirathet zu sein und alle 4 Wochen, aber spärlich und unter Schmerzen, zu menstruiren. Ich fand den Uterus normal gross, normal gelagert, aber auffallend schlaff. Die Ovarien waren normal. Ausserdem bestand eine Stenose des äusseren Muttermundes. Der Gatte war angeblich in den besten Jahren, gesund und sexuell kräftig. Den 26. Juli 1886 theilte mir die Frau mit, die Menstruation sei immer spärlicher geworden, hätte aussetzen begonnen und sei seit 5 Monaten gänzlich ausgeblieben. Der schlaffe Uterus war kleiner und atrophisch. Die Ovarien waren schlaff und kleiner geworden. 1 Jahr später sagte mir die Frau, sie habe innerhalb 54 Wochen nur einmal und schwach menstruirt. Die Atrophie des Uterus sowie der Ovarien war weiter vorgeschritten.

In 5 Fällen scheint die vorzeitige Atrophie des Uterus und der Ovarien mit Ausnahme eines Falles auf Erkrankungen gefusst zu haben, die mit dem Sexualsystem in keinem Connexe standen.

In einem Falle war die Erkrankung eine chronische Oophoritis.

Eine 43jährige, seit 25 Jahren verheirathete Frau verlor ihre Menstruation in der Mitte der zwanziger Jahre, wie sie angab, infolge einer Oophoritis, die lange Zeit andauerte. Alle angewandten Mittel und Bädungen, die Menstruation wieder in Gang zu bringen, blieben erfolglos. Die Frau gab weiterhin an, dass sie seit 14 Tagen an einem Brennen bei Harnlassen und einem Fluor leide. Der Uterus war atrophisch. In viel höherem Grade dagegen waren die Ovarien der Atrophie anheim gefallen. Sie waren kaum haselnussgross, dabei auffallend hart und fest. Gleichzeitig fand sich eine Cystitis und eine Blennorrhöe der Vagina. Ausserdem litt die Frau an einer Insufficienz der Aorta.

In einem Falle lag der Atrophie des Uterus aller Wahrscheinlichkeit nach eine Lungentuberculose zu Grunde.

Der Fall betraf eine 32jährige, seit 11 Jahren verheirathete Frau, die seit jeher unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruirt hatte. Seit einer Zeit war die Menstruation spärlicher und aussetzend geworden. Gleichzeitig klagte die Frau seit 2 Jahren über etwas Husten und namentlich über Magenbeschwerden. Die Untersuchung ergab einen schlaffen, kleineren Uterus, der das Bild einer beginnenden Atrophie darbot. Die Ovarien waren normal gross. Es fand sich ausserdem eine Spitzeninfiltration beider Lungen. 4 Jahre später war die Frau, wie sie mir angab, seit einigen Monaten bereits amenorrhöisch. Der Uterus war gegen früher bedeutend kleiner und atrophischer geworden. Die Ovarien waren matscher, weicher. Es bestand eine ausgesprochene Lungentuberculose.

In 3 Fällen bestand ein chronischer, seit mehreren Jahren bereits anhaltender Magenkatarrh, infolge dessen die Frauen ungemein herab-



gekommen und schlecht genährt waren. Die eine Frau wurde nachträglich, nach Behebung des chronischen Leidens, gravid.

Der erste Fall betraf eine 24 Jahre alte, seit 4 Jahren an einen gesunden, jungen, kräftigen Mann verheirathete Frau, die seit 3 Jahren an einem Magenkatarrh litt, wegen dem sie schon 2mal Carlsbad aufgesucht hatte. Seitdem sie krank war, menstruirte sie nur noch schwach, schmerzhaft in 6- und mehrwöchentlichen Intervallen. Der Uterus war ausgesprochen in toto atrophisch, dünnwandig, schlaff, retroflectirt, aber reponibel. Die Ovarien waren kleiner und matscher. 3 Monate später war der Zustand und Befund unverändert gegen früher.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 30jährige, seit 10 Jahren verheirathete Frau, die angeblich erst nach Eintritt in die Ehe zu menstruiren begonnen und immer nur schwach und in Zeiträumen von 2 bis 3 Monaten menstruiert hatte. Vor 2 Jahren wurde behufs Behebung der Sterilität discidirt, doch behob dieser Eingriff nicht einmal die Dysmenorrhöe. Seit einigen Jahren, seitdem sie an einem chronischen Magenkatarrh litt, stellte sich die schmerzhaft Menstruation, dabei schwächer werdend, noch seltener ein. Der Uterus trug eine lange, rüsselförmige Vaginalportion und war im Corpus, sowie im Fundus auffallend verbreitert. Die Ovarien waren kaum haselnussgross.

Der dritte Fall, in dem die Frau nachträglich concipirte, war folgender: Eine 24jährige, seit 3 Jahren verheirathete Frau, deren Gatte jung, gesund, sexuell kräftig war und die seit mehreren Jahren an einem chronischen Magenkatarrh litt, menstruirte nur spärlich und schmerzhaft in 6—7monatlichen Intervallen. Der atrophische, stark verkleinerte Uterus war auffallend schlaff, dünnwandig und retroflectirt, aber reponibel. Die Ovarien waren matscher, weicher. 2 Jahre später, als der Magencatarrh inzwischen behoben war, wurde die Frau gravid und gebar nachträglich eine lebende ausgetragene Frucht.

In 3 Fällen liess sich nicht nachweisen, worauf die Atrophie des Uterus und der Ovarien zurückzuführen sei.

Eine 27jährige, seit 10 Jahren verheirathete Frau, die mit 13 Jahren zu menstruiren begonnen und unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruirte, gab an, dass die Menstruation seit einer Zeit spärlicher geworden sei und sich nur in mehrmonatlichen Intervallen einstelle. Der Uterus war ausgesprochen atrophisch, retroflectirt, aber aufstellbar. Auch die Ovarien zeigten die Zeichen der Atrophie. Gleichzeitig bestand eine Stenose des äusseren Muttermundes.

Eine 22jährige, seit 3 Jahren verheirathete Frau, die mit 15 Jahren zu menstruiren begonnen und an dysmenorrhöischen Beschwerden litt, gab an, dass sie seit längerem schon nur in 5—6wöchentlichen Zeiträumen menstruire. Der Uterus war normal gross. Die Ovarien waren bedeutend

kleiner, weich, matsch. Einige Wochen früher soll eine Bartholinitis dagewesen sein. Ein Katarrh war nicht da.

Eine 30jährige, 3 Jahre verheirathete Frau, die unter dysmenorrhöischen Beschwerden nur schwach und in 2—3monatlichen Intervallen menstruirte, zeigte einen atrophischen, schlaffen Uterus bei normalen Ovarien.

## XVI. Gruppe.

### Vaginismus ohne weitere Complication.

An Vaginismus ohne weitere Complication litten 4 Frauen.

Eine 25jährige Frau, seit 5 Jahren verheirathet und seit ihrem 17. Lebensjahre dysmenorrhöisch menstruiert, besass einen noch erhaltenen, aber dilatirten Hymen, der der Sitz der heftigen Schmerzen war und die Ausübung der Cohabitation unmöglich machte. Der weitere Genitalbefund war normal. Der 26jährige Gatte hatte vor 8 Jahren eine Gonorrhöe ohne Epididymitis überstanden. Die äussere Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für die Fortdauer des gonorrhöischen Processes. Die Untersuchung der Urethra, des Harnes und Spermas wurde verweigert. Der Mann gab an, sexuell kräftig zu sein. Mittelst Cocaïneinpinselungen, Einlegung von Wattetampons, später des Röhrenspeculums war das Leiden auf den Weg des Schwindens gebracht. Aus äusseren Gründen gab die Frau die Behandlung auf, bevor noch das Leiden gänzlich behoben war. Späterhin sah ich sie nicht mehr.

Eine 24jährige Frau gab an, dass sie mit dem ersten Gatten 2 Jahre lebte, dann 4 Jahre allein lebte, hierauf eine zweite Ehe abschloss, die aber nach 6 Monaten wieder gelöst wurde und nun seit 6 Monaten wieder allein lebe. Die zwei Ehen wurden gelöst, weil die Frau an Vaginismus litt. Letzterer wurde nicht behoben, trotzdem einige Jahre früher ein Arzt den Hymen operativ abgetragen hatte. Die schmerzhafteste Stelle fand sich an einem unschriebenen Punkte der Hymenalreste. Ich excidirte diese Stelle und durchtrennte noch vorsichtshalber daselbst den Constrictor cunni mittelst eines senkrechten Schnittes. Von da an war die Frau dauernd genesen. Ob sie später wieder heirathete und gravid wurde, weiss ich nicht, da ich sie aus dem Gesichte verlor.

Eine 23jährige, seit 4 $\frac{1}{2}$  Jahren verheirathete, an Dysmenorrhöe leidende Frau hatte einen vollkommen erhaltenen Hymen. Dieser, sowie die Vulva war abnorm schmerzhaft. Die inneren Genitalien waren normal. Der Gatte war 20 Jahre alt, in der Entwicklung zurückgeblieben, bartlos, knabenhaft. Seine Genitalien waren der äusseren Besichtigung nach normal. Er behauptete Erectionen zu haben und zu ejaculiren. Der Hymen wurde in der Narkose mittelst eines zweiblättrigen Speculums

gesprengt und die Vagina brusque dilatirt. 1 $\frac{1}{2}$  Jahre später wurde die Frau gravid.

Eine 21jährige Frau, seit 9 Monaten verheirathet und seit ihrem 13. Jahre unter Schmerzen menstruierend, klagte über Vaginismus, der die Cohabitation unmöglich machte. Die schmerzhafteste Stelle fand sich nicht am noch vorhandenen, aber ausgedehnten Hymen, sondern oberhalb desselben an einer umschriebenen Stelle der hinteren Vaginalwand. Der Gatte, den ich nicht sah, war ein Dreissiger. Einpinselungen mit Cocaïn, Einführung und Liegenlassen von immer grösseren Röhrenspeculis und Tamponen behoben das Leiden binnen 4 Wochen. Sofort darauf wurde die Frau gravid und blieb von da an gesund.

### XVII. Gruppe.

Leiden, ohne Zusammenhang mit der bestandenen Sterilität.

3 Frauen waren mit Leiden behaftet, die mit der bestandenen oder bestehenden Sterilität in keinen Zusammenhang zu bringen waren.

Eine 44jährige, seit 11 Jahren verheirathete Frau hatte ein apfel-grosses Blumenkohlgewächs mit bereits auf die Vaginalwand übergreifender Neubildung.

Eine 31jährige, 14 Jahre verheirathete Frau, früher stets gesund und immer normal menstruierend, erkrankte während der Menstruation, ohne dass sie früher ausgesetzt hätte, unter heftigen Schmerzen. Die Untersuchung ergab die Gegenwart einer grossen Haematocele retrouterina. Ich sah die Kranke nur einmal.

Eine 22jährige, 3 Jahre verheirathete Frau litt seit 3 Jahren an einem chronischen Blasenkatarrh. Die Genitalien waren normal und gesund. Die Menstruation war normal, rechtzeitig und schmerzlos.

### XVIII. Gruppe.

Normale Genitalien, vorausgegangene Discission des äusseren Muttermundes.

13 Weiber trugen bei Gegenwart normaler Genitalien die Zeichen einer früher ausgeführten Discission des äusseren Muttermundes an sich.

Bei einer Frau war die gesetzte Discissionswunde wieder verwachsen, so dass der Muttermund nachträglich mindestens wieder ebenso enge war

wie vor der Operation. Drei Frauen waren nach der Discission ebenso dysmenorrhöisch geblieben, wie sie es vor der Operation waren, zwei dagegen waren seit der Operation von ihrer Dysmenorrhöe dauernd befreit. Eine hatte, kurz bevor ich sie sah, nach ausgeführter Discission eine Bartholinitis überstanden. Zwei Frauen zeigten eine Polymastie. Eine Frau litt an einem chronischen Darmkatarrh, zwei litten an einer Infiltration der Lungenspitzen und zwei an Hysterie. Drei Frauen waren fettleibig. Eine Frau war chlorotisch. Eine war von ihrem Manne, vor 8 Jahren, in der Hochzeitsnacht inficirt worden. Fünf Männer wurden von ihren Gattinnen als sexuell schwach bezeichnet. Ein Mann hatte, wie erwähnt, früher, vor Jahren eine Gonorrhöe überstanden. Einer zeigte kleine Testikel. Bei drei Männern wurde das Sperma von mir untersucht und normal gefunden. Das Sperma zweier Männer wurde von anderer Seite untersucht und darauf als schwach bezeichnet. Zwei Männer hatten in erster Ehe Kinder gezeugt und einer in zweiter, nachdem er die Ehe mit der Sterilen gelöst hatte. Die Discission wurde im 3., im 4. (3 Fälle), im 5. (2 Fälle), im 6., 8., 9. (2 Fälle), im 11., 13. und 14. Jahre der Ehe vorgenommen. Trotz dem vorgenommenen operativen Eingriff war keine einzige Frau nachträglich gravid geworden, wenn auch seit der Operation (mit Ausnahme von 5 Fällen) 3—15 Jahre verflossen waren.

1. Fall. 30jährige, 15 Jahre verheirathete Frau, die seit ihrem 12. Jahre ohne Schmerzen menstruirte, liess sich vor 6 Jahren, im 9. Jahr der Ehe, den Muttermund discidiren. Der Muttermund ist stenosirt. Die Uterushöhle misst 55 mm. Es besteht eine Lungenspitzeninfiltration.

2. Fall. 32jährige Frau, 14 Jahre verheirathet, die mit 12 Jahren zu menstruiren begonnen, wurde vor 3 Jahren, im 11. Jahre der Ehe, discidirt. Vor kurzem war die linke Bartholinische Drüse entzündet. Die Genitalien sind normal. Die linke Bartholinische Drüse ist noch geschwellt. Die Frau hat eine Infiltration der Lungenspitzen. Die Dysmenorrhöe ist nach der Operation nicht geschwunden. Der Gatte soll sexuell schwach sein.

3. Fall. 32jährige dicke Frau, 13 Jahre verheirathet, dysmenorrhöisch. Die Frau wurde vor 2 Jahren, im 11. Jahre der Ehe, operirt. Die Genitalien sind normal. Die Frau leidet seit einem Jahre an einem chronischen Magenkatarrh. Der Gatte soll sexuell schwach sein.

4. Fall. 24jährige, 5 Jahre verheirathete Frau, die mit 13 Jahren zu menstruiren begonnen und ohne Schmerzen menstruirte und deren Uterushöhle 7 cm misst, wurde vor einem Jahre, daher im 4. Jahre der Ehe, der Discission unterzogen. Sie ist hysterisch. Der 24jährige Gatte soll sexuell kräftig sein.

5. Fall. 26jährige hysterische, 10 Jahre verheirathete Frau wurde vor 4 Jahren, im 6. Jahre der Ehe, discidirt. Der schwächliche Gatte, dessen Testikel kleiner sind, soll sexuell schwach sein. 4 Jahre später

war der Befund der gleiche. Die Frau war inzwischen bedeutend fatter geworden.

6. Fall. 27jährige Frau, 11 Jahre verheirathet, seit dem 12. Lebensjahre schmerzlos menstruirend, wurde vor 2 Jahren, daher im 9. Jahre der Ehe, operirt. Der Gatte soll gesund und sexuell kräftig sein.

7. Fall. 28jährige, seit 8 Jahren verheirathete Frau, die seit dem 15. Jahre stets unter Schmerzen menstruirte, wurde von ihrem Gatten, angeblich in der Hochzeitsnacht, gonorrhöisch inficirt. Gleichzeitig soll sie damals an einer Cystitis gelitten haben. Die Genitalien zeigen keine Spur einer gonorrhöischen Infection. Discidirt wurde vor einem Jahre, daher im 7. Jahre der Ehe.

8. Fall. 26jährige Frau, die in erster Ehe nur  $\frac{1}{4}$  Jahr lebte, da der Gatte starb. Lebt in zweiter Ehe seit 12 Jahren. Discidirt wurde vor 9 Jahren. Sie begann im 16. Jahre zu menstruiren und menstruirte stets unter Schmerzen. Die Discission behob die Dysmenorrhöe nicht. Der zweite, um 16 Jahre ältere Gatte, der in erster Ehe Kinder zeugte, soll sexuell schwach sein. 5 Jahre nach dem ersten Besuche war die Frau noch nicht gravid.

9. Fall. 28jährige, 8 Jahre verheirathete Frau, die mit 14 Jahren zu menstruiren begonnen und stets unter Schmerzen menstruiert hatte, wurde vor 3 Jahren operirt. Die Dysmenorrhöe schwand nach der Discission nicht. Die Frau leidet seit einer Zeit an Magenkatarrh. Der Gatte, 46 Jahre alt, zeugte in erster Ehe Kinder und wurde von der Frau als sexuell schwach bezeichnet. Sein Sperma war, wie die Frau mittheilte, von einem Arzte untersucht und als „schwach“ bezeichnet worden.

10. Fall. 34jährige, 16 Jahre verheirathete Frau, die mit 13 Jahren zu menstruiren begonnen und unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruiert. Die Frau ist dick. Operirt wurde sie vor 3 Jahren. Linkerseits trägt sie unter der Mamma eine kleine accessorische Drüse mit einer Warze. Die Discission behob die Dysmenorrhöe nicht. Das Sperma des 47jährigen Gatten wurde vor einem Jahre von einem Arzte besichtigt und als nicht normal bezeichnet. In erster Ehe zeugte der Mann Kinder.

11. Fall. 30jährige, 9 Jahre verheirathete Frau, die mit 14 Jahren zu menstruiren begonnen. Unterhalb der linken Mamma findet sich, wie im vorerwähnten Falle, eine accessorische kleine Drüse mit Warze. Discidirt wurde vor 4 Jahren. Das über Verlangen der Frau untersuchte Sperma des Gatten war normal.

12. Fall. 25jährige, 7 Jahre verheirathete, normal, aber schmerzhaft menstruirende Frau, bei der die Discission vor 4 Jahren ausgeführt wurde. Das Sperma des Gatten war normal. 4 Jahre später war der Befund der gleiche. Ich hatte es seiner Zeit abgelehnt, die Discission vor-

zunehmen, da ich sie, nachdem keine Stenose da war, für überflüssig erachtete. Die Discission behob die Sterilität nicht.

13. Fall. 24jährige, 6 Jahre verheirathete, seit dem 14. Lebensjahre schmerzlos menstruirende Frau. Da ich die Vornahme der Discission verweigerte, liess sich die Frau von einem anderen Arzte 2 Jahre später, im 8. Jahre der Ehe, operiren. Das von mir untersuchte Sperma des Gatten war normal.

### XIX. Gruppe.

Normaler Befund der Genitalien oder nahezu normaler solcher, der die Gegenwart der Sterilität nicht erklärte.

In 138 Fällen war der Befund der Genitalien ein normaler oder so unbedeutend veränderter, dass dadurch die Gegenwart der Sterilität nicht erklärt wurde.

Eine 41jährige, 21 Jahre verheirathete Frau mit normalen Genitalien, die normal und rechtzeitig menstruirte, war vorzeitig marastisch.

16 Frauen waren chlorotisch. Bei elf dieser Chlorotischen lag kein organisches Leiden vor, das eventuell die Chlorose bedingt hätte. Bei zweien war die Chlorose so bedeutend, dass die Frauen amenorrhöisch waren, eine von diesen zweien klagte über Molimina. Bei fünf Chlorotischen lag ohne Zweifel dieser Affection ein Leiden zu Grunde und zwar 4mal ein chronischer Magenkatarrh und 1mal ein chronischer Magendarmkatarrh.

Sechs Frauen zeigten einen auffallend schlaffen Uterus. 27mal fand sich ein leichter Cervicalkatarrh. Fünf Frauen hatten noch ihr Hymen. Ihre Gatten waren sämmtlich schwach resp. impotent. Eine Frau, die mit noch nicht 17 Jahren in die Ehe getreten, begann erst in letzterer zu menstruiren. Eine 25jährige, seit 6 Jahren verheirathete Frau, die einen sexuell schwachen Gatten hatte, gab an, dass bei ihr der Menstruationstypus seit jeher ein 6wöchentlicher sei. Ihre Mutter, die mehrere Kinder geboren, erwähnte, dass bei ihr das Gleiche der Fall sei. Zehn Frauen waren stark fettleibig. Eine von diesen, eine 30jährige, wurde amenorrhöisch.

61 Frauen waren dysmenorrhöisch.

Nach bereits mehrjähriger steriler Ehe erkrankten an Endometritis zwei Frauen, an einer Blennorrhoea virulenta zwei, an einer Blennorrhoea virulenta mit Cystitis eine, an einer Parametritis zwei Frauen. Da diese Erkrankungen erst nachträglich auftraten und ich sämmtliche Frauen vor den betreffenden nachträglichen Krankheitsprocessen untersucht habe, so

kann ich wohl sagen, dass diese Affectionen mit der Sterilität in keinem ursächlichen Zusammenhange standen.

Zwei Frauen litten an *Vitium cordis*, neun an Tuberculose, drei waren hysterisch, eine litt an *Catarrhus pulmonum* und eine hatte ein *Ulcus specificum*.

Einer Frau, die gesunde normale Genitalien hatte und deren Muttermund nicht verengt war, wurde von einem Arzte die Discission behufs Behebung der Sterilität angerathen, doch ging die Frau auf diesen Vorschlag nicht ein.

Bei einer Frau war früher erfolglos eine Pressschwammbehandlung eingeleitet worden. Der Gatte hatte angeblich ein normales Sperma. Die Frau erkrankte einige Jahre danach an Endometritis.

Eine 33jährige, 13 Jahre verheirathete Frau, die mit 15 Jahren zu menstruiren begonnen und schmerzlos menstruirte, wurde, da ihr Uterus auffallend schlaff war und die Menstruation in letzter Zeit schwach geworden war und nur einen Tag dauerte, einige Wochen hindurch utero-abdominal faradisirt. Es wurde Besserung erzielt, denn die Menstruation wurde profuser und hielt 2 Tage an. Das Sperma des Gatten war normal.

42 Frauen bezeichneten ihre Gatten als sexuell schwach.

Sechs Männer hatten vor Eintritt in die Ehe eine Gonorrhöe durchgemacht, vier von ihnen hatten eine Epididymitis gehabt und drei litten an Stricturen. Der gonorrhöische Process war bei allen abgelaufen. Bei einem war die Glans ohne Verletzung der Urethra infolge ungeschickt ausgeführter ritueller Circumcision theilweise abgekappt. Die Narbe an der Glans war gut halbkreuzergross.

Acht Männer zeigten Anomalien der Genitalien.

Bei einem Manne war, ohne dass eine Infection vorausgegangen wäre, der linke Testikel um die Hälfte kleiner als der rechte. Bei einem Manne, der früher masturbirt hatte und angeblich keine Erectionen hatte, waren die Testikel kleiner, weicher, matscher. Ein Mann mit einer rechtsseitigen Scrotalhernie hatte rechterseits einen bohngrossen Testikel, der linke fehlte gänzlich. Bei einem Manne war der rechte Testikel haselnussgross und der linke noch kleiner, linkerseits bestand eine Scrotalhernie. Ein Mann ohne Bartwuchs hatte nur linkerseits einen Testikel, der kaum bohngross war, der rechte Testikel fehlte. Von der Ejaculationsflüssigkeit dieses Mannes soll später Erwähnung gemacht werden. Ein Mann mit auffallend kleinem Membrum hatte kaum haselnussgrosse Testikel. Ein Mann hatte bohngrosse Testikel und ein anderer noch kleinere. Letzterer hatte auffallend stark entwickelte Brüste.

Die Frau des zweiten dieser acht angeführten Männer war vollständige *Virgo intacto*; trotz 1½jähriger Ehe.

In 8 Fällen untersuchte ich das Sperma der Gatten.

Der erste Fall betraf einen 33jährigen, angeblich sexuell schwachen Mann. Das Sperma war normal, es enthielt zahlreiche sich kräftig bewegende Spermazellen. Die 33 Jahre alte, 13 Jahre verheirathete Frau war die oben erwähnte, bei der der Uterus utero-abdominal faradisirt worden war.

Ein Mann in der Mitte der dreissiger Jahre, der 18 Jahre verheirathet war und eine 34jährige Frau besass, liess sein Sperma untersuchen. Es enthielt nicht eine Spermazelle, sondern nur Krystalle, Epithelien, Zellendetritus und einige weisse Blutkörperchen. Der Mann war nie inficirt gewesen.

Die Ejaculationsflüssigkeit des fünften Mannes aus der angeführten Reihe der acht Männer mit Anomalien der Genitalien enthielt nicht eine Spermazelle, sondern nur Schleim, Epithelien und Zelltrümmer. Der Mann war 25 Jahre alt und 5 Jahre verheirathet. Die Frau war gleichalterig, dysmenorrhöisch.

Ein Mann im Anfange der vierziger Jahre zeigte in seiner Spermaflüssigkeit nur wenige intacte unbewegliche Spermazellen, ausserdem aber zahlreiche Bruchstücke von solchen. Er hatte angeblich nie eine Gonorrhöe durchgemacht. Die Frau war 38 Jahre alt, 18 Jahre verheirathet, seit dem 13. Lebensjahre menstruirte und menstruirte nur schwach.

Ein 35jähriger Mann, der vor Eintritt in die Ehe eine Gonorrhöe durchgemacht, zeigte in seiner Ejaculationsflüssigkeit nicht eine Spermazelle, sondern nur Krystalle, Epithelien und Blutkörperchen. Die Frau war 32 Jahre alt, 13 Jahre verheirathet und tuberculös.

Ein 29jähriger Mann, der in erster Ehe Kinder gezeugt hatte, zeigte in seiner Ejaculationsflüssigkeit nur wenige Spermazellen, die sich aber nicht bewegten. Ausserdem fanden sich Epithelien und Zelldetritus. Seine zweite sterile Frau war 22 Jahre alt, 4 Jahre verheirathet und seit ihrem 16. Jahre unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruirend. Der Mann war angeblich nie inficirt gewesen.

Ein 36jähriger, nie inficirt gewesener Mann, der an Spermatorrhöe bei Stuhlgang litt, liess sein Sperma untersuchen. Es enthielt nur wenige intacte, aber unbewegliche Spermazellen und ausserdem neben Epithelien und Detritus zahlreiche Bruchstücke von Spermazellen. Nach einer vierwöchentlichen Kaltwasserbehandlung hatte die Menge der intacten Spermazellen wohl zugenommen, Bewegung zeigte jedoch keine derselben. Die Frau war 37 Jahre alt und 7 Jahre verheirathet.

Ein 22jähriger, nie inficirt gewesener Mann, der infolge früher betriebener Masturbation an einer leichten Prostatahypertrophie litt, zeigte in seiner Spermaflüssigkeit Strähne von weissen Blutkörperchen und spärliche Spermazellen, von denen sich nur einzelne langsam bewegten. Nach einer vierwöchentlichen hydropathischen Kur fanden sich vielmehr



sich kräftig bewegende Spermazellen, doch hatten einige eine auffallend kurze Cauda. Die 19jährige, 3 Jahre verheirathete Frau, die an Dysmenorrhöe litt und seit ihrem 13. Lebensjahre menstruirt war, wurde einige Monate nach der Behandlung des Gatten gravid und gebar 1 1/2 Jahre nach der letzten Spermauntersuchung.

Ein Mann mit normalen Testikeln hatte ein auffallend kleines Membrum und einer bei ebenfalls normalen Testikeln ein auffallend grosses. Ein Mann stand auf einer dem Idiotismus nahen Stufe. Ein Mann litt an latenter Lues, ohne dass die Frau Zeichen einer Infection zeigte. Zwei Männer waren 60 Jahre alt, einer 53 und einer war vorzeitig marastisch. Die Gattinnen dieser drei Männer waren noch jung. Ein Mann litt an Psoriasis non specifica.

42 Männer wurden von ihren Gattinnen als sexuell schwach bezeichnet.

Elf Männer hatten in früherer erster Ehe Kinder gezeugt, vier Männer, die sich von ihren sterilen Gattinnen scheiden liessen, zeugten in zweiter Ehe Kinder.

Sechs Weiber concipirten. Zwei dieser Weiber wurden, nachdem sie in mehrjähriger erster Ehe steril gewesen, erst in zweiter gravid.

Der erste Fall wurde bereits erwähnt.

Der zweite Fall betraf eine Frau, die im 14. Jahre geheirathet und erst im 22., daher im 8. Jahre der Ehe concipirte. Sie litt vor der Conception längere Zeit an einem leichten Cervicalkatarrhe. Der Gatte war um 3 Jahre älter.

Die dritte Frau, die mit 16 Jahren in die Ehe getreten, concipirte im 7. Jahre der Ehe und zwar im 6. Jahre der zweiten Ehe. Sie war früher stark chlorotisch gewesen und hatte ebenfalls an einem Cervicalkatarrhe gelitten.

Die vierte Frau concipirte im 3. Jahre der zweiten Ehe. In erster Ehe hatte sie 1 Jahr gelebt. Der erste Gatte zeugte in zweiter Ehe nachträglich Kinder und ebenso hatte der zweite Gatte in erster Ehe Kinder gehabt. Die Frau trat mit 22 Jahren in die erste Ehe.

Die fünfte Frau trat mit 20 Jahren in die Ehe und concipirte erst 8 Jahre später. Sie hatte mit 15 Jahren zu menstruiren begonnen und vor der Conception längere Zeit an Chlorose und einem Cervicalkatarrh gelitten.

Die sechste Frau trat mit 18 Jahren in die Ehe und concipirte im 23. Jahre. Auch sie war vor der Conception lange chlorotisch gewesen. Der um 13 Jahre ältere Gatte hatte vor der Ehe zwei Gonorrhöen mit Epididymitis durchgemacht. Es wurde ihm seiner Zeit von dem behandelnden Arzte mitgetheilt, dass er in Zukunft auf Nachkommenschaft verzichten müsse. Ausserdem litt der Mann an einer Stricture mässigen Grades.

Bevor ich aus meinen Aufzeichnungen irgend welche Schlüsse ziehe, muss ich den Charakter meines Materiales kurz erwähnen, weil sich erst aus ihm manche auffallende, scheinbar unverständliche Erscheinungen erklären.

Unter 4309 gynäkologischen Fällen zähle ich 648 oder 15,03 % solcher von Sterilität. Dieser Procentsatz entspricht nicht dem bekannten von 10—12,5, sondern überragt ihn. Diese auffallende Erscheinung erklärt sich aus Folgendem. Mein Material von 648 Fällen besteht aus 581 oder 89,51 % orthodoxen Jüdinnen und nur 68 oder 10,49 % Christinnen. Die Jüdinnen prävaliren daher ganz bedeutend über die Christinnen und prägen infolge dessen dem Materiale einen ganz eigenthümlichen Charakter auf. Bei der orthodoxen Jüdin spielt die Sterilität aus religiösen, resp. dogmatischen Gründen eine weit bedeutendere Rolle, als bei der Christin. Die sterile Christin, die das echt weibliche Gefühl besitzt, härt sich, wenn ihr keine Nachkommenschaft beschieden ist, ab, doch bleibt ihre Stellung unter ihren Mitschwestern, trotz ihrer Sterilität, eine unveränderte. Vielleicht nur wenige Ausnahmen abgerechnet, bleibt ihre Ehe, trotz ihrer Sterilität, ungelöst. Anders ist es bei der Jüdin. Die sterile Jüdin verliert unter ihren Glaubensgenossinnen an Achtung und steht als eine von Gott Gestrafte da, denn nur durch Kindersegen und namentlich einen solchen von Knaben wird es ihr ermöglicht, nach dem Tode in die Gefilde der Seligen zu gelangen. Aus diesem Grunde und dem weiteren materiellen, dass der orthodoxe Jude nämlich, wenn ihm seine Gattin nicht bald Kinder schenkt, die sterile Ehe löst, ist die sterile Jüdin eine der häufigsten Besucherinnen der ärztlichen Sprechstunde. Diese Umstände erklären es, dass ich unter meinen gynäkologischen Kranken so auffallend viele Sterile zähle.

Eine weitere später noch eingehender besprochene Erscheinung ist die, dass die gonorrhöische Infection und deren Folgezustände in meinem Materiale bei Weitem nicht jene grosse Rolle spielt, die ihr sonst bei anderem Materiale leider zukommt. Es beruht dies darauf, dass die Gonorrhöe, ebenso wie die Syphilis, unter den orthodoxen Juden und Jüdinnen nur wenig verbreitet ist.

Andererseits wieder wird die sogen. sexuelle Schwäche des Gatten, die Impotenz, in meinem Materiale zu einem so wichtigen Factor, dass sie eine weit grössere Bedeutung erlangt, als in dem Materiale Anderer, in dem die Jüdin nur vereinzelt vorkommt.

Zurückzuführen ist diese Erscheinung darauf, dass die Masturbation unter der männlichen jüdischen Jugend ziemlich verbreitet zu sein scheint und auf den Umstand des frühzeitigen Eheabschlusses. Männer, die mit 17—18 Jahren, ja selbst mit 16 in die Ehe traten, trifft man nicht so selten an. Ich glaube, wenigstens nach meinen Beobachtungen zu schliessen, dass der vorzeitige ungehinderte sexuelle Umgang bei noch nicht völlig entwickeltem und reifem Organismus und eben solchen Sexualorganen häufig eine frühzeitige dauernde Impotenz nach sich zieht. Seit 10—15 Jahren jedoch nimmt diese Unsitte sichtlich ab, sowohl infolge Hebung des allgemeinen Bildungsniveaus, als infolge staatlicher dagegen getroffener Massregeln.

Was die Zusammenstellung meines Materiales anbelangt, so habe ich diese Fälle als steril betrachtet und verwerthet, bei denen die sterile Ehe mindestens 3 Jahre währte. Fälle dagegen, in denen die Sterilitätsursache klar vorlag, wie beispielsweise ein hochgradig hypoplastischer, ein fötaler Uterus, Aspermie, Missbildungen der Genitalien des Gatten und dergleichen mehr, reihte ich unterschiedslos ohne Rücksicht darauf, ob die Ehe bereits 3 Jahre oder kürzere Zeit währte, ein.

Bezüglich der Gruppierung der Fälle hätte ich zu erwähnen, dass ich mich bei Gegenwart mehrerer eventuell die Sterilität bedingender Factors von dem am meisten massgebend erscheinenden leiten liess. Beispielsweise reihte ich einen verlagerten aber beweglichen reponiblen Uterus, bei dem sich eine chronische Endometritis vorfand, nicht in die Gruppe der Verlagerungen des Uterus ein, sondern in die der chronischen Endometritis. Da ich den Verlagerungen des beweglichen, reponiblen Uterus überhaupt und speciell in meinem Material keine grosse Bedeutung als sterilisirendem Factor beimesse, so reihte ich in die Gruppe der Uterusverlagerungen nur jene Fälle ein, bei denen keine weitere eventuell sterilisirende Complication bestand. Ich fasse diese Fälle von Verlagerungen des Uterus in meinem Materiale nicht als Uterinalaffectionen auf, sondern sehe die Verlagerung nur als Folge der Schlaffheit des Uterus, als Theilerscheinung der schlechten Allgemeinernährung an. So ziemlich das Gleiche gilt bezüglich der so häufig beobachteten Cervicalkatarrhe niederen Grades. Auch diese fasse ich nur als Theilerscheinung der schlechten Ernährung auf und kann ihnen daher nicht die Bedeutung eines sterilisirenden Factors beimessen. Ich unterliess es daher, diese

Fälle in eigene Gruppe zusammenzustellen. Dort dagegen, wo der Cerviealkatarrh eine solche Intensität erreichte und derartige Folgezustände hervorgerufen hatte, dass thatsächlich ein sterilisirender Factor dadurch geschaffen war, reihte ich den betreffenden Fall dort ein, wohin er gehörte, nämlich in die Gruppe der Fälle von Endometritis.

Die 15 Fälle der Gruppe I besitzen nur ein anatomisches Interesse, aber kein klinisches. Die Sterilitätsursache lag bei ihnen so offenkundig vor, dass ich es für ganz überflüssig hielt, nach dem sexuellen Verhalten des Gatten zu forschen. Auch in den Fällen von Verdoppelung des Uterus, die sich in dieser Gruppe fanden, unterliess ich weitere Nachforschungen, da es hier doch nur ausnahmsweise zu einer Conception kommt.

Was den Uterus didelphys mit gleichzeitiger gedoppelter Anlage des Vaginalrohres anbelangt, so wäre zu erwähnen, dass zum Glücke für die Frau eine Communication zwischen dem entwickelten und rudimentären Vaginalrohre bestand, denn im gegentheiligen Falle wäre es zur Bildung einer einseitigen Hämatometra mit Hämatokolpos gekommen.

In einem der Fälle von rudimentärem Uterus stiess ich auf einen Befund, der mir bis dahin völlig unbekannt war und von dem ich auch nirgends anderwärts eine Erwähnung gemacht finde, nämlich auf eine angeborene, ihrer ganzen Länge nach ziemlich bedeutend verengte Urethra. Diese Stricture ist selbstverständlich nicht als pathologischer Zustand aufzufassen, sondern als ein Zeichen, dass an der rudimentären Bildung des Uterus auch der Ausführungsgang der Harnorgane, wenn auch nur in niederem Grade, mit participirte.

Bezüglich einiger Fälle dieser und einiger der Gruppe III möchte ich per parentheses erwähnen, dass ich, durch die Erfahrung belehrt, dort, wo die mangelhafte Entwicklung des Uterus, sowie der Ovarien gegen die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit der Gegenwart einer Menstruation spricht, Angaben betreffend die letztere stets als unglaubwürdig zurückweise, da ich mich überzeugt habe, dass das Weib, und namentlich das jüdische, aus sexueller Eitelkeit beinahe nie die seit jeher bestehende Amenorrhöe eingestehen will. Aus diesem Grunde hielt ich auch die einschlägigen Angaben in den Fällen, in denen ich die Gegenwart der Ovarien nicht nachweisen konnte, für absolut unglaubwürdig.

In Gruppe II fand sich nur ein Fall, in dem die bestehende

Missbildung den Eintritt einer Conception unbedingt ausschloss, nämlich der defecten Vagina mit Hämatometra. Sehr wahrscheinlich ist es, dass in dem einen Falle das quere, eine Oeffnung tragende Vaginalseptum den Eintritt der Conception erschwerte. Warum letztere 2 Jahre nach Behebung des Hindernisses noch nicht erfolgt war, lässt sich nicht sicherstellen, da der Sexualbefund des Gatten aussteht. Auch in den 2 Fällen von umschriebenen Stenosen des Vaginalrohres ist es wahrscheinlich, dass diese angeborene Missbildung den Conceptionseintritt erschwerte. In dem Falle, in dem die Duplicität der Vagina blos durch eine schwache fleischige Brücke im Vaginaleingange angedeutet war, stand diese geringfügige, belanglose Missbildung mit dem Ausbleiben der Conception absolut in keinem Zusammenhange.

Rectovaginalfisteln sind bekanntlich viel seltener als Vesicovaginalfisteln. Die Mehrzahl derselben entfällt auf solche durch den Geburtsact zu Stande gekommene. Spontan entstehen sie durch Ulceration mit Durchbruch in das Rectum, sowie in die Vagina bei abgesackten Abscessen, zuweilen bei vereiternden Ovarialcysten, durch ein Carcinom u. dergl. m. Relativ häufig sind sie auf die in der Vagina liegenden Fremdkörper (unpassend gelagerte Pessarier) zurückzuführen. Manchmal sind sie Folgen eines unangenehmen Zwischenfalles im Verlaufe gynäkologischer Operationen, bei denen das Septum rectovaginale unabsichtlich verletzt wird. Verhältnissmässig nicht so selten sind sie durch äussere Traumen (rohes, ungeschicktes Hantiren bei Setzen eines Klyasma, Nothzuchtsversuche u. dergl. m.) veranlasst. Die Literatur zählt schliesslich einige Fälle auf, in denen das Septum rectovaginale durch das Membrum virile durchstossen wurde. Solchen Mittheilungen gegenüber möchte ich mich etwas skeptisch verhalten, da es mir bei normaler Weite und Beschaffenheit des Vaginalrohres ziemlich unwahrscheinlich erscheint, dass das Membrum virile allein dieses feste, starke Septum zu durchstossen im Stande sei und noch dazu bei ehelicher Cohabitation, bei der das Weib keinen Widerstand leistet, die Gefahr daher nicht vorliegt, dass etwa, wie bei einem Nothzuchtsversuche, die nachhelfenden Finger diese Verletzung erzeugen. Auch in dem von mir beobachteten Falle ist es mir nicht glaubwürdig, dass die Verletzung allein durch das Membrum veranlasst wurde und zwar um so weniger, als dasselbe durchaus nicht etwa excessiv gross oder besonders umfangreich war. Ob die Sterilität durch die

Rectovaginalfistel bedingt wurde, darüber vermochte ich mich nicht zu entscheiden, da mir nichts Näheres darüber bekannt ist, ob Verunreinigung der Vagina mit Fäcalkmassen die Vitalität der Spermazellen herabsetzt oder gar vernichtet. Ich weiss nur so viel, dass sich in der Literatur kein Fall findet, in dem bei Gegenwart einer grossen Rectovaginalfistel Conception eintrat. Ein Taedium coeundi von Seite des Gatten, welches unter Umständen die Sterilität bedingt, bestand, wie mir derselbe mittheilte, nicht. Da mich die Frau ihrer Fistel wegen und nicht ihrer Sterilität wegen aufsuchte, so lag auch gar keine unmittelbare Veranlassung vor, das Sperma des Gatten nach dieser Richtung hin zu prüfen. Ueberdies schien der gesunde kräftige Mann, soweit sich dies aus der Anamnese und dem äusseren Genitalbefunde entnehmen liess, sexuell kräftig und fortpflanzungsfähig zu sein.

In der Gruppe III, die die Fälle von angeborener Verkleinerung des Uterus umfasst, trennte ich den hypoplastischen Uterus im engeren Sinne des Wortes von dem infantilen resp. fötalen, da sich diese beiden Formen wesentlich von einander unterscheiden. Der hypoplastische Uterus ist wohl mehr oder weniger abnorm klein und hat dementsprechend auch dünnere Waudungen, besitzt aber dabei die Form des normalen Uterus, während sich der infantile Uterus dadurch charakterisirt, dass bei ihm die Cervix die Hauptmasse des Organes bildet und der Obertheil, d. h. Corpus und Fundus, quasi nur ein Anhängsel darstellt, wobei aber gleichzeitig das ganze Organ kleiner ist, als in der Norm. In seinen Waudungen ist er ebenfalls verdünnt, ebenso wie der hypoplastische Uterus. Auf den ersten Blick fällt es vielleicht auf, dass ich so viele, nämlich 116 Fälle mangelhaft entwickelter Uteri gesehen haben will, da doch von anderen Seiten her berichtet wird, dass diese Fälle nur verhältnissmässig selten vorkommen. Dieser scheinbare Widerspruch löst sich aber sofort dadurch, dass ich nicht blos die ausgesprochenen Fälle hierher rechne, sondern auch die Uebergangsformen, die durchaus nicht selten sind. Bekräftigt wird mir die Richtigkeit meiner Annahme, dass es sich in den genannten Fällen tatsächlich nur um mangelhafte Entwicklung des Uterus gehandelt habe, dadurch, dass sich in diesen Fällen die erste Menstruation (entnommen aus 82 Fällen, in denen die entsprechenden Daten zu crüren waren) im Mittel in einem Lebensalter von 15,50 Jahren einstellte. Bei dem Uterus hypoplasticus fiel die erste Menstruation

im Mittel (entnommen aus 52 Fällen) in das 15,48. und bei dem Uterus infantilis im Mittel (entnommen aus 30 Fällen) in das 15,53. Lebensjahr. Zur richtigen Beurtheilung dieser Zahlen füge ich bei, dass bei der orthodoxen Jüdin des Ostens die erste Menstruation im Mittel in das 12.—13. Lebensjahr fällt. Bei dem in der Entwicklung überhaupt zurückgebliebenen Uterus stellte sich demnach die erste Menstruation um 2,5—3,5 Jahre später ein, als sie sollte, bei dem Uterus hypoplasticus um 2,48—3,48 und bei dem Uterus infantilis um 2,53—3,53 Jahre später, als in der Norm. Weiterhin spricht der Umstand, dass die Ovarien in 38 Fällen kleiner waren als in der Norm, in 8 Fällen die Libido fehlte, und in nicht wenigen Fällen die äusseren Genitalien in der Entwicklung zurückgeblieben erschienen, die Brüste und Warzen nur mangelhaft entwickelt waren, der Mons veneris nur spärlich behaart war u. dergl. m. für die Richtigkeit der von mir gestellten Diagnose.

Beifügen möchte ich, dass die Zahlen, betreffend die Länge der Uterushöhle, die Luschka<sup>1)</sup> für den virginalen Uterus des 16—40jährigen Weibes angiebt, nämlich im Minimum 4 cm, im Maximum 6,8 cm und im Mittel 5,2 cm, meiner Ansicht nach zu niedrig gesetzt sind. Einen virginalen Uterus eines erwachsenen Weibes, dessen Höhle nur 4 cm misst, halte ich für keinen normal grossen. Die approximative Grenze, von der an ich den Uterus eines erwachsenen Weibes, das noch nicht geboren hat, für normal gross halte, ist eine Höhlenlänge von 5 cm. Das Maximum, das noch innerhalb der physiologischen Grenze liegt, würde ich auf 7 cm setzen. Die Differenz zwischen Luschka's Anschauung und der meinen kann übrigens auf einer ethnologischen Rasseneigenthümlichkeit beruhen, da mein Material, wie bereits erwähnt, zu nahezu 90 % aus orthodoxen Jüdinnen besteht.

Nach meinen Erfahrungen schliesse ich mich unbedingt P. Müller<sup>2)</sup> an, der sich dahin äussert, dass die Hypoplasieen des Uterus und noch mehr die Uebergänge derselben zur normalen Gebärmutter ein nicht unbeträchtliches Contingent von sterilen Frauen bilden.

Bei fötalem Uterus, ebenso wie bei einem hypoplastischen ausgesprochenster Form, der dem rudimentären nahesteht, ist ein Con-

<sup>1)</sup> „Die Anatomie des menschlichen Beckens.“ Tübingen 1864, S. 354.

<sup>2)</sup> „Deutsche Chirurgie.“ Herausgegeben von Billroth und Luecke. Lieferung 55. Stuttgart 1885. P. Müller, „Die Sterilität der Ehe“ S. 87.

ceptionseintritt nicht zu erwarten. Parallel einer so mangelhaften Bildung des Uterus ist in der Regel auch eine solche der Ovarien da, so dass gar keine Eibildung stattfindet. Sind aber ausnahmsweise die Ovarien zu einer normalen Entwicklung gelangt und werden Ovula producirt, so taugt der Uterus nicht zur Einnistung eines Eies, es findet keine solche statt. Schliesslich ist nicht anzunehmen, dass sich ein Uterus, der so weit in seiner Entwicklung und Ausbildung zurückgeblieben ist, noch nachträglich zu seiner normalen Grösse entwickle. Von einem Conceptionseintritte kann daher bei ihm keine Rede sein.

Anders sind die Verhältnisse bei einem hypoplastischen Uterus zwar ausgesprochenen, aber doch niederen Grades und bei einem infantilen. Hier kann es thatsächlich geschehen, dass die Naturkräfte das Stehenbleiben des Uterus und der Ovarien auf einer früheren Entwicklungsstufe dadurch wett machen, dass sich diese Organe nachträglich doch noch bis zur Norm entwickeln, wozu aber allerdings eine längere Zeit gehören wird. Erreichen Uterus und Ovarien nachträglich ihre Reife, so ist schliesslich, vorausgesetzt dass der Gatte fortpflanzungsfähig ist, der Eintritt einer Conception durchaus nicht unmöglich.

Zwei charakteristische solche Fälle weist die angeführte Gruppe der infantilen Uteri auf. Eine Frau, die angeblich im 14. Jahre zu menstruiren begonnen und die ich in ihrem 20. Lebensjahre, 2 Jahre nach Eintritt in die Ehe, zum ersten Male sah, zeigte nicht nur einen infantilen Uterus, sowie ihm entsprechende, in der Entwicklung zurückgebliebene Ovarien, sondern auch einen diesen Befunden parallelen Körperbefund, nämlich mangelhaft entwickelte Brüste und einen spärlich behaarten Mons veneris, sowie eine schwache, nur 1—2 Tage anhaltende Menstruation. 3 Jahre später gebar die Frau und weiterhin noch einmal. Als ich sie einige Jahre nach der zweiten Geburt zum zweiten Mal sah, hatte der Uterus seinen infantilen Charakter ganz verloren und präsentirte sich als ein normal entwickelter. Im zweiten Falle, in dem die Frau im 15. Lebensjahre in die Ehe getreten war und erst 2 Jahre danach zu menstruiren begonnen und nur schwach menstruirte, maass das Uteruscavum nicht einmal 5 cm und war der Uterus ausgesprochen infantil. Diese Frau concipirte ebenfalls, aber erst im 5. Jahre der zweiten Ehe, nachdem sie 10 Jahre steril in erster Ehe und noch eine Zeit als geschiedene Frau gelebt hatte. Der



Uterus bedurfte demnach hier einer auffallend langen Zeit, bis er seine verzögerte vollkommene Ausbildung erlangte. Im dritten Falle endlich übernahm ohne Zweifel das zur Bildung gelangende Fibromyom, den hypoplastischen Charakter des Uterus zu beheben, wodurch die Frau, trotz der vorhandenen Missbildung, gravid wurde.

In einem weitern Falle behob, wenn es auch zu keiner Conception kam, das sich entwickelnde Fibromyom gleichfalls den infantilen Charakter des Uterus.

P. Müller<sup>1)</sup> meint, der Uterus habe, wenn auch die Pubertät eingetreten sei, noch immer nicht seine volle Ausbildung erreicht und erlange letztere erst mit dem 21. Lebensjahre. Ebenso komme die geregelte Function der Ovarien erst in diesem Alter gehörig in Gang. Trete das Weib vor diesem Alter in die Ehe, so ziehe dieser Umstand, sowie die Schädlichkeiten, die das sexuelle Leben für den noch nicht völlig entwickelten Uterus und seine Ovarien nach sich zieht, im Mittel nicht nur eine Verzögerung des Eintrittes der Conception, sondern eventuell sogar eine dauernde Sterilität nach sich.

Verhält es sich bei normal entwickeltem Uterus und eben solchen Ovarien so, wie es P. Müller meint und wie es thatsächlich auch der Fall ist, so muss dies bei mangelhafter Entwicklung des Uterus und der Ovarien noch schärfer hervortreten und muss man annehmen, dass bei solchen Individuen ein vorzeitiger Eheschluss die eventuelle nachträgliche Ausbildung des Uterus und der Ovarien noch mehr verzögern oder eventuell ganz aufheben werde. Forste ich nach, in welchem Alter die Trägerinnen des hypoplastischen und infantilen Uterus meiner Gruppe durchschnittlich in die Ehe traten, so finde ich für den hypoplastischen Uterus im Mittel (entnommen aus 69 Fällen) das Alter von 19,69, für den infantilen im Mittel (entnommen aus 42 Fällen) das Alter von 18,95 und für beide zusammen im Mittel (entnommen aus 111 Fällen) das Alter von 19,41 Jahren. Thatsächlich traten demnach diese Weiber in einem Alter in die Ehe, das nicht nur für einen normal entwickelten Uterus und solche Ovarien zu niedrig war, sondern ganz besonders zu niedrig für einen mangelhaft entwickelten Uterus und solche Ovarien. Es ist demnach vielleicht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass ein Theil dieser Weiber, wenn

---

<sup>1)</sup> loc. ult. cit. p. 60.

nicht etwa der grösste derselben, deshalb dauernd steril geblieben ist, weil dem Uterus und den Ovarien durch einen vorzeitigen Eintritt in die Ehe die Gelegenheit benommen wurde, noch nachträglich, wenn auch spät, die vollständige Entwicklung nachzuholen.

Sich in vorhinein auszusprechen, ob die Trägerin eines in der Entwicklung zurückgebliebenen Uterus in Zukunft noch eine Conception zu erwarten habe oder nicht, halte ich für ein Ding der Unmöglichkeit. In den 3 Fällen, in denen dies nachträglich geschah, trug ich die feste Ueberzeugung, dass die Frauen dauernd steril bleiben werden.

Die intrauterine Anwendung der Elektrizität, die der theoretischen Annahme nach hier die rationellste Therapie darstellt, da durch sie eine kräftige Anregung zur Weiterentwicklung des Uterus gegeben wird, blieb in 5 Fällen quo ad conceptionem erfolglos, trotzdem in zweien derselben nur Uebergangsformen vorlagen, bei denen noch am ehesten ein Erfolg zu erwarten gewesen wäre. In einem Falle wirkte die Elektrizität wenigstens in so weit günstig, als dadurch die Menstruation etwas mehr angeregt wurde.

Von den 116 Frauen dieser Gruppe waren 53 oder 45,68 % dysmenorrhöisch. Von den 71 Frauen mit hypoplastischem Uterus waren 36 oder 50,70 % und von den 45 mit infantilem Uterus 17 oder 37,77 % dysmenorrhöisch. Diese Ziffern bestätigen die bekannte Thatsache, dass Frauen mit nicht gehörig entwickeltem Uterus sehr häufig über Dysmenorrhöe klagen, wenn auch das Warum dieser Erscheinung nicht geklärt ist. Vielleicht, dass die hier stets vorhandene Dünnwandigkeit des Uterus daran Schuld trägt, dass der Uterus zu stark passiv ausgedehnt wird und nicht genug Kraft findet, das angesammelte Menstrualblut auszutreiben.

Wie der eine Fall, den ich im Anhange anführe, es erweist, kann eine Hypoplasie der Ovarien auch ohne eine solche des Uterus da sein. Vielleicht gilt von solchen Fällen das Gleiche, das ich oben anführte, dass nämlich unter Umständen noch nachträglich eine völlige Entwicklung der Ovarien eintreten kann.

Die Gruppe IV umfasst 47 Fälle von konischer Verlängerung der Vaginalportion. Da sich aber noch in den anderen Gruppen 9 weitere Fälle zerstreut finden, so erhalte ich im Ganzen 56 solcher Fälle. Diese Zahl kann als eine sehr hohe erscheinen, doch wäre hervorzuheben, dass sich unter diesen 56 Fällen nur 12 solche höheren, ausgesprochenen Grades befinden und die anderen blos Uebergangs-

formen darstellen. Diese Missbildung muss nicht eine Sterilitätsursache abgeben, denn mir sind mehrere Fälle bekannt, in denen Trägerinnen einer solchen doch gravid wurden, ohne dass eine operative Intervention vorausging. Dass sie aber, bei sonst normalen Genitalien und sexuell kräftigem Gatten, unter Umständen eine Sterilitätsursache abgeben kann, erweist mir der eine Fall, in dem die Frau, die bereits 6 Jahre in steriler Ehe lebte, nach vorgenommener Dissection sofort concipirte. Ein Cervicalkatarrh muss durchaus nicht immer gleichzeitig da sein. In den von mir beobachteten Fällen wenigstens fand er sich nur in vereinzelten Fällen und erreichte nie einen intensiven Grad. Ebenso wenig muss diese Missbildung stets von einer Dysmenorrhöe begleitet sein, wenn dieselbe auch in der Mehrzahl der Fälle da ist. Unter 47 Fällen fand sich 34mal Dysmenorrhöe.

Was die Stenose des äusseren Muttermundes anbelangt, so verzeichne ich 36 Fälle, in denen dieselbe die einzige Anomalie der Sexualorgane darstellte (Gruppe V). Ausserdem fand sich in weiteren 27 Fällen die Verengung des äusseren Muttermundes als Nebencomplication von untergeordneter Bedeutung. Hochgradige Formen, bei denen der Muttermund nur für eine dünne Sonde permeabel war, waren durchaus nicht selten. Von den 36 Frauen, bei denen die Stenose des Muttermundes die einzige Anomalie der Sexualorgane darstellte, waren 25, demnach 69.44 %, dysmenorrhöisch.

Der schürzenförmigen Verlängerung der einen Muttermundslippe, die als einzige Anomalie der Sexualorgane 5mal vorkam (Gruppe VI) und als Nebencomplication ausserdem noch 7mal, lege ich als sterilisirendes Moment keine grosse Bedeutung bei.

In gleicher Weise fasse ich als sterilisirenden Factor die Verlagerungen des Uterus auf, selbstverständlich aber nicht etwa bei fixirtem Organe, sondern bei beweglichem, reponiblen. Diese Anomalie kam als einzige 82mal und als Nebencomplication 53mal, demnach im Ganzen 135mal vor oder in 20,83 % aller 648 Sterilen. In der Uebersicht dieser Fälle sehe ich die Verlagerung des Uterus nicht als Erkrankungen des Organes an, sondern als Theilerscheinung der allgemeinen Schwäche, der schlechten Ernährung, wobei der Uterus infolge seiner Schlaffheit nach hinten umkniekt oder umsinkt. Als Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung sehe ich den Umstand an, dass von den 18 Frauen, die schliesslich doch noch concipirten, drei einen retrolectirten Uterus

hatten (eine Frau aus Gruppe IV — konische Verlängerung der Vaginalportion — und zwei aus Gruppe VII — Verlagerungen des Uterus —). Aus dem gleichen Grunde möchte ich die Erscheinung, dass von den 82 Frauen aus der Gruppe der Uterusverlagerungen 47 an Dysmenorrhöe litten, letztere nicht auf die Verlagerung des Uterus rückbeziehen, sondern auf die Schlaffheit resp. die schlechte Ernährung dieses Organes.

Sehe ich von den zahlreichen (61) Fällen leichter katarhalischer Affection der Cervixmucosa ab, die meiner Ansicht nach in Beziehung auf die vorhandene Sterilität bedeutungslos ist, so kam die Endometritis, ungerechnet die Fälle, in denen sie nur eine Theilerscheinung bei schweren entzündlichen Affectionen des Uterus und seiner Adnexen darstellte, als eigentliche und einzige Erkrankung relativ selten vor, nämlich nur in 24 Fällen (Gruppe VIII). Es hängt dies damit zusammen, dass, wie oben erwähnt, die Gonorrhöe unter meinem Materiale nur wenig verbreitet ist. Unter diesen 24 Fällen fanden sich vier mit Uebergang in Metritis chronica. Einer dieser letzteren liefert das seltenere klinische Bild des Verlaufes der chronischen Metritis in classischer Weise mit intercurirender, aber in einen Abortus auslaufender Conception und schliesslichem Ausgange in Atrophie des ganzen Organes.

Gruppe IX und X kann ich füglich in eine zusammenfassen und, nur einige wenige Fälle ausgenommen, alle anderen Fälle dieser zwei Gruppen als Folgekrankheiten einer gonorrhöischen Infection ansehen. Ich erhalte demnach nicht einmal 80 Fälle unter 648, die auf eine gonorrhöische Infection zurückzuführen sind, daher nicht einmal 13%. Diese Ziffer beweist, eine wie geringe Rolle der Gonorrhöe als Sterilisirungsfactor in meinem Materiale zukommt.

Die 5 Fälle, die die Gruppe XI bilden, in denen ich nichts Anderes nachweisen konnte, als einen massigeren, namentlich im Fundus etwas verbreiterten, derberen Uterus und in denen die Frauen zwar normal, aber unter dysmenorrhöischen Beschwerden menstruirten und an keinem Fluor litten, möchte ich in Anbetracht des Umstandes, dass sämmtliche Ehegatten impotent waren, als Fälle einer Vorstufe einer chronischen Metritis ansehen, zurückzuführen auf die continuirlichen Reizzustände des Uterus, veranlasst und unterhalten durch die vergeblichen und unvollständigen Cohabitationsversuche.

Wenn ich auch anerkenne, dass die vor Kurzem von Hofmeier<sup>1)</sup> ausgesprochene Anschauung, die Fibromyome des Uterus seien in der Regel an der bestehenden Sterilität unschuldig, für viele und vielleicht für die Mehrzahl der Fälle richtig sei, so glaube ich doch nicht, dass dieser Ausspruch für alle Fälle ausnahmslos passe. In gewissen Fällen, namentlich in solchen, in denen der Keim des Neugebildes in ein frühes Lebensalter zu legen ist, scheint die Sterilität mit diesem in einem gewissen Connexe zu stehen. Nach dieser Richtung hin glaube ich in einem Falle ein einschlägiges Beispiel zu sehen. Bei einer 21jährigen, seit 4 Jahren verheiratheten Frau, deren jungen, gesunden, kräftigen Gatten, der nie eine Sexualaffection durchgemacht, ich kenne, entferne ich zwei fibröse Polypen, einen von der Cervix und einen vom Fundus. 3 Jahre danach ist die Frau, die scheinbar ganz gesund ist, noch immer steril. Ich habe in so vielen Fällen fibröse Polypen nur geringen Umfanges als Vorläufer späterhin sich entwickelnder grosser Fibromyome gesehen, dass ich geneigt wäre, auch diesen Fall als einen solchen anzusehen und namentlich deshalb, weil die Frau nach Entfernung der Polypen nicht concipirte. Es liegt mir der Gedanke nahe, dass solche latente, später erst zur Entwicklung gelangende Keime Veränderungen der Uterismucosa hervorrufen, die, ohne die Menstruation zu alteriren, einen Conceptionseintritt verhindern.

Die 10 Fälle, die die Gruppe XIII bilden, in denen sich nichts Anderes vorfand, als eine Vergrösserung und Empfindlichkeit, resp. Schmerzhaftigkeit der Ovarien, ohne gleichzeitige entzündliche Affection der betreffenden Parametrien, Tuben oder des Uterus waren nichts Anderes als chronische Oophoritiden, wodurch sich die Sterilität leicht erklärt.

Ovarialtumoren, namentlich solide solche, ziehen so häufig Sterilität nach sich, dass es wohl nicht Wunder nehmen dürfte, wenn von den wenigen sterilen Frauen, die Ovarialtumoren trugen, keine concipirte (Gruppe XIV).

In Gruppe XV stellte ich die wenigen (12) Fälle von Atrophie des Uterus und der Ovarien zusammen, die mir zu Gesicht kamen. Ein Fall betraf eine normale, rechtzeitig eingetretene Altersatrophie der inneren Sexualorgane. In 3 Fällen handelte es sich um eine vorzeitig eingetretene Menopause. Die veranlassende Ursache der-

---

<sup>1)</sup> loc. cit.

selben liess sich nachträglich nicht mehr feststellen. In 5 Fällen war die Atrophie durch Erkrankungen bedingt und zwar 1mal durch eine solche des Genitaltractus, die vorausgegangen war, nämlich durch eine Oophoritis und 4mal durch Erkrankungen, die ausserhalb des Genitalsystemes lagen. In diesen 4 Fällen war es 1mal eine Lungentuberkulose und 3mal ein chronischer, seit Jahren bestehender Magenkatarrh, der die Körperkräfte so stark hernahm, dass es consecutiv zu einer Atrophie des Uterus und der Ovarien gekommen war. Eine solche Atrophie, die nur der Ausdruck der schlechten Ernährung und der Schwächung der Körperkräfte ist, kann, wenn das Grundleiden behoben wird und sich die Kranke erholt, wieder schwinden. Eine solche, sich dann wie jede andere Gesunde verhaltende Frau kann begreiflicherweise schliesslich auch concipiren. Einen derartigen Fall weist diese Gruppe auf. Die Frau concipirte nach Behebung ihres Magenkatarrhes, der Jahre lange angehalten. Wodurch die Atrophie in den letzten 3 Fällen bedingt war, liess sich nicht nachweisen.

Vaginismus kam 8mal vor. 4mal (Gruppe XVI) stellte er das eigentliche, die Sterilität bedingende Leiden dar, 4mal dagegen nur eine Nebencomplication. In 3 Fällen dieser letzterwähnten 4 lag ihm eine virulente Blennorrhöe zu Grunde und schwand er nach Behebung derselben. In einem Falle, allerdings in einem solchen nur niederen Grades, fand er sich bei Gegenwart eines retrovertirten Uterus. Der eine der 4 Fälle, in denen der Vaginismus das die Sterilität bedingende Leiden bildete, zeigt in drastischer Weise die Folgen der Unsitte des zu frühen Eintrittes des Mannes in die Ehe. Ein 18jähriges Mädchen wird mit einem 15jährigen Knaben verheirathet. Der ausserdem noch in seiner körperlichen Entwicklung zurückgebliebene Knabe vermag, wie leicht einzusehen, nicht die Rolle eines reifen Mannes durchzuführen. Die Folge davon ist der Vaginismus der Frau und eine verzögerte körperliche Entwicklung des Knaben, der einen reifen Mann darstellen soll. In einem Falle, in dem, wie es sich aus der Untersuchung ergab, der Vaginismus starke krampfartige Constrictionen des Constrictor cunni nach sich zog, wodurch die Ausführung der Cohabitation noch mehr unmöglich wurde, begnügte ich mich nicht mit der Excision der schmerzhaften Hymenalreste, sondern durchtrennte noch nachträglich subcutan diesen Muskel. Der Erfolg war ein überraschender. Die Einführung eines Speculums oder des Fingers

war nicht nur nicht mehr schmerzhaft, sondern gleichzeitig blieben von nun an auch die Zusammenziehungen des Constrictor cunni aus. Wie erfolgreich behufs Behebung der Sterilität die Behandlung bei Vaginismus ist, erweist der eine Fall. Nach Behebung des Vaginismus wurde die Frau sofort gesund.

Ueber die 3 Fälle, die die Gruppe XVII bilden, lässt sich nichts sagen, da ich jeden derselben nur einmal sah.

Betreffs der Fälle aus Gruppe XVIII muss ich, da der Genitalbefund ein normaler war, annehmen, dass Stenosen des äusseren Muttermundes da waren, die die betreffenden Aerzte als Ursache der Sterilität ansahen und deshalb die Discission vornahmen. Vielleicht dass es in einigen Fällen die Dysmenorrhöe war, die die betreffenden Aerzte bewog, zur Behebung derselben zu discidiren. In einem Falle wurde der Zweck der Operation dadurch illusorisch gemacht, dass die Discissionswunde wieder verwuchs, so dass die Frau nachträglich eine bedeutende Stenose des äusseren Muttermundes zeigte, wahrscheinlich eine hochgradigere, als sie ursprünglich da war.

Auffallend gross ist die Zahl der Fälle, nämlich 138 in Gruppe XIX, in denen der Befund der Genitalien entweder ein ganz normaler war oder so unbedeutende pathologische Veränderungen darbot, dass diese das Ausbleiben der Conception nicht erklärten. Dass der Cervicalkatarrh leichten Grades, der in 27 Fällen da war, die Ursache der Sterilität abgab, erscheint mir um so weniger glaubhaft, als von den 8 Frauen dieser Gruppe, die nachträglich doch noch concipirten, 2 an einem solchen und 2 an einem solchen gleichzeitig mit Chlorose litten. Die Chlorose, an der 16 Frauen litten, dürfte nur in diesen Fällen Sterilität nach sich gezogen haben, in denen sie so hochgradig war, dass sie eine Amenorrhöe hervorrief, wie dies 2mal der Fall war und dort, wo ihr ein schwereres Leiden zu Grunde lag, welches die Körperkräfte stark mitnahm wie in den 4 Fällen, in denen ein chronischer Magenkatarrh und dem einen, in dem ein chronischer Magendarmkatarrh da war. Wahrscheinlich kann man auch annehmen, dass die eine der stark fettleibigen Frauen, die ihre Menstruation verloren hatte, eben dadurch steril wurde. Selbst aber, wenn man in allen diesen Fällen dem Cervicalkatarrh, der Chlorose, sowie der Fettleibigkeit die Bedeutung sterilisirender Factoren beilegen will, so kommt dies schliesslich dennoch nicht in Betracht, da die Gesamtsumme dieser

Fälle gegenüber der Anzahl der anderen nur eine verschwindend geringe ist. In der Erforschung der Sterilitätsursache kommt man dem Ziele vielleicht dadurch näher, dass man das Alter, in dem die Betreffenden in die Ehe traten, zu bestimmen sucht. Ich habe dasselbe in 118 Fällen erforscht, hierbei aber jene ausgelassen, in denen ich erweisen konnte, dass die Sterilitätsursache im Gatten lag. Von diesen 118 Frauen traten 88 oder 74,57% vor dem 21. Jahre (und zwar 31 im Alter von 13—17 Jahren und 57 im Alter von 18—20 Jahren), daher bevor noch der Uterus seine volle Entwicklung erreicht hatte, in die Ehe. Vielleicht ist dieser Umstand in vielen Fällen die Ursache gewesen, dass der Eintritt der Conception ausblieb.

Ausserdem aber dürfte hier noch ein anderer Sterilitätsfactor in Betracht kommen, der nicht in den Frauen zu suchen war, sondern in deren Gatten. 7 Männer boten Anomalieen der Sexualorgane dar, die dieselben unbedingt fortpflanzungsunfähig machten. 5 andere Männer besaßen ein Sperma, das jede Möglichkeit einer Conception ausschloss. Drei Ehegatten hatten vor Eintritt in die Ehe eine Gonorrhöe mit Epididymitis durchgemacht. Zwei Ehegatten waren 60 Jahre alt, einer 53 und einer war vorzeitig marastisch. Weiterhin besaßen 5 Frauen anderer Männer trotz jahrelanger Ehe noch ihr Hymen. Wenn ich auch nicht die Angaben aller anderen 34 Frauen, dass ihre Gatten sexuell schwach seien und Schuld an der Sterilität der Ehe trügen, als glaubwürdig hinnehmen will, so mögen doch manche von ihnen im Rechte gewesen sein. Fehl dürfte ich daher kaum gehen, wenn ich zu den oben angeführten 24 fortpflanzungsunfähigen Gatten noch 6 sexuell schwache hinzurechne. Ich erhalte dann 30 Fälle, d. h. in 21% der Fälle lag die Ursache der sterilen Ehe nicht in der Frau, sondern in dem männlichen Ehegatten. Es erweist dies wiederum, dass die Rolle, die die Gonorrhöe in dem Materiale Anderer spielt, in dem meinen von der sexuellen Schwäche des Ehegatten übernommen wird.

---

Unter den 648 Fällen finde ich höchstens einige wenige über 80, in denen entweder eine Gonorrhöe da war oder Krankheitsprocesse bestanden, die nahezu mit absoluter Sicherheit auf eine frühere Gonorrhöe zurückzuführen waren. Ausser den Gatten dieser Frauen kamen mir noch 12 andere zu Gesicht, die früher eine



Gonorrhöe durchgemacht hatten. Von den 648 Fällen hatten daher nicht einmal 13% mit einer Gonorrhöe etwas zu thun gehabt und nur 14% der Ehegatten hatten entweder ihre Frauen gonorrhöisch inficirt oder lange früher, vor Eintritt in die Ehe, eine Gonorrhöe durchgemacht. Ich erhalte daher betreffs der Gonorrhöe, mag sie den Ehegatten oder die Frau betreffen, einen weit niedrigeren Procentsatz, als andere Forscher. Diese Differenz erklärt sich aus dem Charakter meines Materiales.

Andererseits dagegen steigen zwei andere Sterilisationsfactoren, die in dem Materiale Anderer von keiner Bedeutung sind, zu bedeutender Höhe an, nämlich der vorzeitige Eintritt, namentlich der Frauen, in die Ehe und die Fortpflanzungsunfähigkeit der Gatten.

Von den 648 Frauen traten 494 vor dem 21. Lebensjahre in die Ehe, demnach 76,23%.

Was den Factor der Fortpflanzungsunfähigkeit der Gatten anbelangt, so wäre Folgendes zu erwähnen.

14 Männer zeigten Anomalien der Sexualorgane, die so bedeutend waren, dass sie 12mal ganz bestimmt eine Fortpflanzungsunfähigkeit bedingten. 2 Männer zeigten eine auffallende Verkleinerung des einen Testikels. 1 Mann hatte eine beiderseitige Hydrocele. In 10 Fällen waren beide Testikel höchstens haselnussgross. 2mal unter diesen 10 Fällen bestand gleichzeitig ein einseitiger Kryptorchismus. 1 Mann hatte infolge ungeschickt ausgeführter ritueller Circumcision eine Hypospadie.

Unter den 31 Fällen, in denen ich das Sperma mikroskopisch untersuchte, fand ich 10mal ein normales solches. 3mal fand sich Oligospermie mit abgeschwächter Bewegung der Spermazellen. In 8 Fällen (einer dieser Männer hatte eine Gonorrhöe hinter sich) bestand Azoospermie und in 10 Fällen (3 dieser Männer hatten eine Gonorrhöe überstanden) enthielt die ejaculirte Flüssigkeit nicht eine Spermazelle.

Es waren demnach 26 Männer, die keine Gonorrhöe durchgemacht und unbedingt fortpflanzungsunfähig waren. Ausserdem wurde in 4 Fällen, theils von den Betreffenden selbst, theils von deren Gattinnen mitgetheilt, dass das Sperma von ärztlicher Seite aus untersucht und als „schwach“ bezeichnet wurde. 3 Männer standen im Alter von 53—60 Jahren und einer war vorzeitig marastisch. Ausserdem fanden sich 7 Frauen, die trotz bereits seit Jahren bestehender Ehe noch ihr Hymen hatten. Berücksichtige

ich ferner, dass 95 Frauen ihre Gatten als sexuell schwach bezeichneten, so ergibt sich aus all dem Mitgetheilten, dass die Zahl der fortpflanzungsunfähigen Gatten jedenfalls eine sehr hohe ist.

Die Bedeutung, die in den Zusammenstellungen der Sterilen Anderer die Gonorrhöe als sterilisirender Factor besitzt, wird in meinem Materiale, in dem die Gonorrhöe nur eine geringe Rolle spielt, durch zwei andere sterilisirende Factoren ersetzt, nämlich durch den vorzeitigen Eintritt der Frau in die Ehe und durch die sehr häufig vorkommende Fortpflanzungsunfähigkeit des Gatten.

Was die Therapie anbelangt, die in meinem Materiale, sowohl schon vor mir von Anderen, als auch von mir eingeleitet wurde, so möchte ich über dieselbe Folgendes bemerken.

Utero-abdominal wurde 6mal elektrisirt. Conception folgte aber darauf in keinem der Fälle. In 2 Fällen aber regelte sich darauf die Menstruation doch in etwas.

Dilatirt wurde der Cervicalcanal 8mal. In einem Falle folgte, aber allerdings erst 3 Jahre später, darauf Conception, so dass es mehr als fraglich bleibt, ob die schliesslich eingetretene Conception mit der 3 Jahre früher vorgenommenen Dilatation in Zusammenhang zu bringen ist. Wie schablonenhaft und oberflächlich von manchen Seiten aus vorgegangen wird, erweist der Fall, in dem, um die Sterilität zu beheben, der dem unicornen Uterus entsprechende kleine Muttermund für einen stenosirten gehalten und dilatirt wurde.

Einen weiteren Beitrag zu einem solchen gedankenlosen oberflächlichen ärztlichen Vorgehen liefert der Fall, in dem ein Arzt, um die Sterilität zu beheben, den Hymen discidirte und sich nicht darum kümmerte oder es nicht wusste, dass die Vaginalportion konisch verlängert war und der Gatte nicht nur impotent war, sondern gleichzeitig auch an Aspermie litt.

Die Excochleationen, die ich vornahm, behoben zwar die Endometritiden, wegen denen sie vorgenommen wurden, ob aber eine der Operirten gravid wurde, ist mir unbekannt.

Ich zähle unter meinen 648 Fällen 51 solche, in denen die Discission vorgenommen wurde.

Quoad conceptionem war sie nur in einem Falle von Erfolg gekrönt. Es betraf dies, wie bereits oben erwähnt, einen Fall von konisch verlängerter Vaginalportion. Die Frau concipirte bald nach ansgeführter Operation.

In den übrigen 49<sup>1)</sup> Fällen blieb der Erfolg, trotzdem er von mehreren Operateuren sicher zugesagt wurde, aus. Bezüglich 6 Fällen, die ich wegen Sterilität discidirte, fehlen mir weitere Mittheilungen, ob die Frauen nachträglich gravid wurden.

Leider beweisen namentlich die Fälle von Discission, wie schleuderhaft und oberflächlich von Seiten mancher Aerzte untersucht wird und wie auf den Befund einer solchen Untersuchung hin operirt wird.

Ein Arzt discidirt, ohne zu wissen, dass der Uterus ein ausgesprochen hypoplastischer ist und dessen Höhle nur 43 mm misst, dass daher der ganze operative Eingriff überflüssig ist, da die Frau mit ihrem in der Entwicklung zurückgebliebenen Uterus doch nicht concipiren kann. Ein zweiter, noch dazu ein Kliniker, discidirt einen ausgesprochen fötalen Uterus, dessen Gegenwart man schon aus dem Aussehen der Frau, die keine Brüste trägt und einen männlichen Habitus besitzt, vermuthen kann und ohne sich um das Verhalten des Gatten zu kümmern, der eine Gonorrhöe mit einer Epididymitis durchgemacht und dessen Ejaculationsflüssigkeit nicht eine Spermazelle enthält. Ein dritter discidirt und weiss nicht oder kümmert sich nicht darum, dass die ganze Operation überflüssig ist, da das Sperma des Gatten nicht eine lebende Spermazelle zeigt. Ein vierter discidirt und achtet nicht darauf, dass die Frau an einer virulenten Blennorrhöe leidet und infolge dieser eine Salpingitis hat. Zum Glück erleidet die Frau weiter keinen Schaden durch diese wahrhaft sträfliche Unachtsamkeit. Ein fünfter operirt, ohne sich um den Sexualbefund des Gatten zu bekümmern. Der Gatte besitzt nämlich auffallend kleine Testikel, so dass es sich nachträglich zeigt, dass die Operation ganz überflüssigerweise vorgenommen wurde.

Dass in 2 Fällen durch Ausserachtlassung der heut zu Tage selbstverständlichen aseptischen und antiseptischen Vorsichtsmassregeln der Operateur eine Para- und Perimetritis setzt, durch die die früher vielleicht nur bedingt sterilen Frauen direct unbedingt sterilisirt wurden, will ich nur mit wenigen Worten streifen.

---

<sup>1)</sup> Nachdem vorliegende Arbeit bereits in Druck gesetzt, bekam ich eine Frau zu Gesicht, bei der ich 1892 wegen konischer Verlängerung der Vaginalportion und Stenose des äusseren Muttermundes nach querer Spaltung des Muttermundes eine keilförmige Resection beider Muttermundslippen vorgenommen und die 1895 geboren hat. Es verbleiben daher 49 Fälle und nicht 50 Fälle.

Ich muss gestehen, dass mich diese 51 Discissionsfälle auf den Standpunkt geführt haben, dass ich mir von dieser Operation behufs Behebung der Sterilität nahezu nichts verspreche. Ich will sie als Hilfsoperation gelten lassen, wenn es sich um die Entfernung eines gestielten oder sessilen Fibromyomes handelt, wenn ein excessiv enger äusserer Muttermund behoben werden soll u. d. m., nicht gelten lassen aber kann ich sie als eine Operation zur Behebung der Sterilität, denn als eine solche bewährt sie sich offenbar nicht, wenn von 51 Operirten nur 2 concipiren. (Allerdings aber muss ich hier erwähnen, dass ich in 6 Fällen nicht darüber unterrichtet bin, ob die Operirten nachträglich concipirten oder nicht.) Sie behebt nicht einmal stets die früher bestandene Dysmenorrhöe, denn in 10 dieser 51 Fälle verblieb die Dysmenorrhöe nach wie vor der Operation.

Die Erfolge, die ich weiterhin in therapeutischer Beziehung erzielte, sind folgende.

Einen directen Erfolg erzielte ich in einem Falle von uncomplicirtem Vaginismus. Diese Fälle ergeben, vorausgesetzt dass der Vaginismus nicht auf gonorrhöischer Erkrankung fusst, immer noch die beste Prognose.

Einmal trat nach brüsker Dilatation der Vagina Gravidität bei der früher an Vaginismus leidenden Frau ein. Hier war aber gewiss nicht dieser Eingriff das therapeutische Moment, sondern der Umstand, dass der später zur sexuellen Entwicklung gekommene Mann schliesslich seinen ehelichen Pflichten erfolgreich nachkommen konnte.

In einem Falle besserte sich nach eingeleiteter hydropathischer Behandlung der Befund des Sperma in ausgesprochener Weise und wurde die Frau darauf sofort gravid. In einem anderen Falle scheint die Wirkung eines Eisenbades auf den Mann ebenfalls eine günstige gewesen zu sein, denn die früher sterile Frau concipirte darauf. In einem sechsten Falle trat Conception nach Behebung eines seit Jahren bestandenen Magenkatarrhes der Frau ein. In einem siebenten Falle war es vielleicht der leichte Cervicalkatarrh, der die Sterilität unterhielt, denn nach Behebung desselben wurde die Frau bald darauf gravid.

Das Resultat ist ein recht tristes, unter 648 Fällen von Sterilität gelingt es nur 8mal, die Sterilität zu beheben.

Dass in weiteren 12 Fällen schliesslich dennoch Conception eintrat, kann sich die Therapie nicht als Erfolg anrechnen, da in ihnen von ihr keine Rede war. In einem Falle von Uterus hypo-

plasticus übernahm es ein sich entwickelndes Fibromyom, die Hypoplasie zu beheben und dadurch Conception zu ermöglichen. In 2 Fällen von Uterus infantilis waren es die Naturkräfte, die den Uterus nachträglich noch bis zur vollen Entwicklung und dadurch zur Conceptionsmöglichkeit brachten. Eine Frau, bei der 3 Jahre früher, wie bereits erwähnt wurde, eine Pressschwammbehandlung eingeleitet worden war, concipirte. Weiter concipirte eine Frau, die an keinem Cervicalkatarrh und an keiner Chlorose litt. Zwei Frauen concipirten trotz ihrem Cervicalkatarrh und ebenso zwei andere trotz ihrem Cervicalkatarrh und ihrer Chlorose.

Mehr Interesse verdienen die 3 letzten Fälle. Eine Frau concipirt trotz ihrer chronischen Metritis, abortirt aber im 3. Monate.

Eine Frau wird von ihrem Gatten gonorrhöisch inficirt, es kommt zu einer Salpingitis, diese heilt spontan aus. Die Frau löst die erste Ehe, geht eine zweite ein mit einem gesunden Manne, concipirt und gebärt rechtzeitig. Dieser Fall liefert ein Beispiel der viel zu wenig beachteten Fälle, in denen eine gonorrhöische Salpingitis spontan ausheilt und keine dauernde Sterilität zurücklässt. Dass übrigens selbst eine bestehende Salpingitis beider Seiten den Eintritt der Conception nicht behindern muss, habe ich erst kürzlich in einem Falle Gelegenheit gehabt zu sehen. Im letzten Falle handelte es sich um eine chlorotische Frau, deren Mann zwei Gonorrhöen mit Epididymitiden durchgemacht. Die Frau wurde dennoch von ihrem Gatten, trotzdem letzterer noch nebenbei an einer Strictur litt, geschwängert.

14 dieser Frauen wurden in erster Ehe gravid und zwar nach 1jähriger Ehe 1mal, nach 5jähriger 4mal, nach 6jähriger 1mal, nach 7jähriger 3mal, nach 8jähriger 3mal, nach 9jähriger 1mal und nach 19jähriger 1mal. 4 Frauen concipirten in zweiter Ehe und zwar im 1., 4., 5. und 6. Jahre derselben, nachdem sie in erster 7, 1, 10 Jahre und 1 Jahr steril gelebt hatten.

Von den 648 Frauen waren 329 oder 50,77% dysmenorrhöisch. Von manchen Seiten wird auf das Wechselverhältniss zwischen Sterilität und Dysmenorrhöe ein besonderes Gewicht gelegt. Ich kann dem nur insofern beistimmen, als die Sterilität häufig durch Erkrankungen und angeborne Anomalien bedingt ist, die dysmenorrhöische Beschwerden naturgemäss in ihrem Gefolge haben. Die Sterilität an sich aber hat meiner Ansicht nach mit der Dysmenorrhöe nichts zu thun.

---

